

VOLUME: 1 - ISSUE:1 - YEAR: 2020 (JANUARY-FEBRUARY-MARCH-APRIL)

JADEM

JOURNAL OF ADEM-AFET VE ACİL TIP DERGİSİ



<http://www.adem-afat.com/> **JADEM** <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jadem>



23 NİSAN 2020



ADEM AFAT

ASSOCIATION OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE-AFET VE ACIL TIP DERNEĞİ

EDİTÖR KURULU - EDITORIAL BOARD

DERGİ SAHİBİ ve BAŞ EDİTÖR - JOURNAL OWNER AND EDITORS IN CHIEF

Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK, MD., Prof.
Afet ve Acil Tıp Derneği Başkanı
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye
Mail: dogacniyazi@gmail.com, dogac.ozucelik@istanbul.edu.tr
Tel: +905325929180

EDİTÖR – EDITOR

Özgür KARCIOĞLU, MD., Prof.
SBÜ, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Kliniği, İstanbul, Türkiye
Mail: okarcioglu@gmail.com
Tel: +90.505.5252399

EDİTÖR YARDIMCILARI - ASSOCIATE EDITORS

Hakan TOPAÇOĞLU, MD., Prof.
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye
Mail: hakan.topacoglu@aol.com
Tel: +905424705317

Kurtuluş AÇIKSARI, MD, PhD
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Mail: drkurtulus@yahoo.com
Tel: +905327169792

Barış Murat AYVACI, MD, PhD
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Mail: barismuratayvaci@gmail.com
Tel: +905053107676

Tarık BALCI, PARAMEDİK,
Paramedik Derneği Başkanı
Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE,
Mail: prmtarik@gmail.com
Tel: 05053706048

TEKNİK EDİTÖRLER- TECHNICAL EDITORS

Mehmet KOÇAK, MD,
S.B. İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye,
Mail: dr.mehmetkocak@gmail.com
Tel: 05325262624

BÖLÜM EDITÖRLERİ- SECTION EDITORS

Acil Tıp
Prof. Dr. Özgür KARCIOĞLU
Afet Tıbbı
Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK
Paramedik
Prm. Tarık BALCI
Acil Hemşirelik
Doç.Dr. Filiz ARSLAN
Uz. Hemş. Serap ÇELİK
Psikosoyal Hizmetler
Doç.Dr. Taner ARTAN
Adli Tıp
Prof. Dr. Hamit HANCI
Tıbbi Hukuk
Av. Dr. Nurhan DEMİRHAN
Halk Sağlığı
Prof. Dr. Mustafa TAŞDEMİR
Travma Cerrahi
Prof. Dr. Orhan ALİMOĞLU
Genel Cerrahi
Prof. Dr. Fatih AĞALAR
Kardiyovasküler
Prof. Dr. Ahmet AKGÜL

DANIŞMA KURULU – ADVISORY BOARD

Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK, MD, Prof., İstanbul, Türkiye
Özgür KARCIOĞLU, MD, Prof., İstanbul, Türkiye
Hakan TOPAÇOĞLU, MD.,Prof. Düzce, Türkiye
Sezgin SARIKAYA, MD, Prof., İstanbul, Türkiye
Fatih AĞALAR, MD, Prof., İstanbul, Türkiye
Mehmet Ali KARACA, MD, Assoc Prof., Ankara, Türkiye
Bülent ERBİL, MD, Assoc Prof., Ankara, Türkiye
Halil DOĞAN, MD, Assoc Prof., İstanbul, Türkiye,
Mustafa Ferudun ÇELİKMEN, MD, İstanbul, Türkiye,
Kurtuluş AÇIKSARI, MD, İstanbul, Türkiye,
Mustafa YAZICIOĞLU, MD, İstanbul, Türkiye,
Cem ŞİMŞEK, MD, MD, İstanbul, Türkiye,
Derya ABUŞKA, MD, İstanbul, Türkiye,
Sıla ŞADILLIOĞLU, MD, İstanbul, Türkiye,
Serkan ALTUNTAŞ, MD, İstanbul, Türkiye,
Yılmaz AYDIN, MD, İstanbul, Türkiye,
Yavuz YİĞİT, MD, İstanbul, Türkiye,
Mehmet KOÇAK, MD, İstanbul, Türkiye,
Gökhan GENCER, MD, İstanbul, Türkiye,
Taner ARTAN, PhD, İstanbul, Türkiye,
Filiz ARSLAN, Assoc. Prof., İstanbul, Türkiye,
Hamit HANCI, MD, Prof. Ankara, Türkiye,
Mehmet Şükrü SEVER, MD, Prof., İstanbul, Türkiye,
Mustafa TAŞDEMİR, MD, Prof., İstanbul, TÜRKİYE,
Orhan ALİMOĞLU, MD, Prof., İstanbul, TÜRKİYE,
Tarık BALCI, PARAMEDİK, İstanbul, TÜRKİYE,

ADEM AFAT

ASSOCIATION OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE-AFET VE ACİL TIP DERNEĞİ

İÇİNDEKİLER - CONTENTS

CİLT: 1, SAYI: 1, YIL: 2020

YAYIN TARİHİ: 23 NİSAN 2020

İÇİNDEKİLER-CONTENTS	SAYFALAR
BAŞ EDİTÖRDEN FROM THE CHIEF EDITOR <i>Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK</i>	1-1
JOURNAL OF ADEM-JOURNAL OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE AFET VE ACİL TIP DERGİSİ <i>Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK</i>	2-6
AFAT - AFET VE ACİL TIP DERNEĞİ ADEM - ASSOCIATION OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE <i>Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK</i>	7-12
AFET TIBBI DISASTER MEDICINE <i>Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK</i>	13-18
Ülkemizde Acil Tıp: 26 yılın özeti Emergency Medicine in Turkey: A summary of 26 years <i>Prof. Dr. Özgür KARCIOĞLU</i>	19-31
AFET VE ACİL TIP ASİSTANLIĞI DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE RESIDENT <i>Dr. Öğr. Üyesi Barış Murat AYYACI</i>	32-36
DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE PARAMEDİK MESLEĞİNİN GELİŞİMİ The development of the Paramedic profession in the world and Turkey <i>Pamedik Tarık BALCI</i>	37-43
ACİL HEMŞİRELİĞİ EMERGENCY NURSING <i>Uz. Hmş. Serap ÇELİK</i>	44-46
AFETLER VE SOSYAL HİZMET DISASTERS AND SOCIAL WORK <i>Doç. Dr. Taner ARTAN, Arş. Gör. Aydın Olcay ÖZKAN</i>	47-54
COVID-19: Epidemiyolojik bilgilerimiz ve hastalığın dünyadaki gidişi COVID-19: Its epidemiology and course in the world <i>Prof. Dr. Özgür KARCIOĞLU</i>	55-70

BAŞ EDİTÖRDEN - FROM THE CHIEF EDITOR

Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK

Değerli Afet ve Acil Tıp Ailesi

2020 yılında AFET VE ACİL TIP DERNEĞİ (AFAT) - ASSOCIATION OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE (ADEM) bilimsel dergisi olarak yayım hayatına başlayan **JOURNAL OF ADEM - JOURNAL OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE- AFET VE ACİL TIP DERGİSİ**'nin amacı acil tıp ve afet alanındaki medikal, teknik, sosyal ve beşeri bilimsel verilerin paylaşılması, tartışılması ve alandaki profesyonellerin akademik gelişmesini desteklemek ve Türkiye'de ve dünyada acil tıp, afet tıbbı, afet yönetimi ve yaklaşımının geliştirilmesine katkıda bulunmaktır.

Journal of ADEM – JADEM- Journal of Disaster and Emergency Medicine - Afet ve Acil Tıp Dergisi, sadece bir tıp dergisi değil acil tıp ve afet konularında hastane öncesi ve hastanelerde yapılan teknolojik (mühendislik çalışmaları dahil) ve bilimsel çalışmaları, arama, kurtarma, stabilizasyon, transport, acil müdahale, triaj, afet tıbbı, halk sağlığı, adli tıp, sağlık hukuku, psiko-sosyal hizmetler, lojistik, hastane hizmetleri, afet yönetimi, iş sağlığı ve güvenliği gibi medikal, teknik, sosyal ve beşeri konuları kapsayan bilimsel hakemli (çift-kör hakemli) olan multidisipliner bir afet dergisidir.

Journal of ADEM – JADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine - Afet ve Acil Tıp Dergisi'nde orijinal araştırma, derleme, olgu sunumu, editöre mektup, bilimsel mektup, cerrahi teknik, teknolojik yaklaşımlar kategorilerinde bilimsel yazılar yayımlanmaktadır.

2020 yılında yayım hayatına girmekle beraber başta ülkemiz olmak üzere dünyada afet olayları hayatımızın içine yerleşmeye başladı. Özellikle ülkemizde 2020 yılının hemen başlarında 24 Ocak saat 20:55'te meydana gelen Elazığ Depremi unutmaya başladığımız deprem gerçeğini bir kez daha hatırlattı.

12 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde ilk vaka olarak ortaya çıkan ve önce yerel olduğu düşünülen Corona-Covid-19 virüs enfeksiyonu sonra Çin'de salgın, daha sonra diğer ülkelere de yayılarak 11 Mart 2020 tarihinde WHO tarafından pandemi ilan edilmesine neden olmuştur. 11 Mart 2020 aynı zamanda ülkemizde resmi olarak ilk tespit edilen Covid19 vakasının da tarihidir. Ülkemizde Covid19 nedeni resmi ilk ölüm vakası ise 18 Mart 2020 tarihinde 89 yaşında bir erkek hastamız olarak bildirilmiştir. 15 Nisan 2010 tarihinde, yani virüsün ortaya çıkmasından sadece 4 ay sonra Corona-Covid19 virüsünün bulaşmadığı ülkenin kalmadığı, virüsün tüm dünyaya yayılmış olduğu bildirildi. Bu süreç ve sonuçlar, aslında dünyamızın ne kadar küçük olduğunu, teknoloji ve ulaşım kolaylığı nedeniyle dünyanın herhangi bir yerinde gerçekleşen bir afet olayının hemen herkesi etkileyebilecek düzeye kolaylıkla gelebileceğini göstermektedir.

Afet yönetimi, pandemiler başta olmak üzere hemen tüm afetlerde ülkelerin en temel sorunu olmuştur. Afet yönetiminin en temel öğeleri ise afet tıbbı ve acil tıp uygulamalarıdır. Doğru, zamanında ve bilimsel çalışmalar ışığında yapılan afet ve acil tıp uygulamaları ve yönetimi afetlerin en az zararlarla atlatılmasını sağlar.

Journal of ADEM – JADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine- Afet ve Acil Tıp Dergisi, yalnız ülkemizde değil dünyada yaşanan afet olaylarında yapılan bilimsel planlama ve uygulamaların sonuçlarını siz değerli afet ve acil tıp ailesi ile buluşturarak, hem uygulamalarımızın daha bilimsel olmasını sağlayacak hem akademik bilgi birikimimizi arttıracaktır. Yeni sayılarda buluşmak üzere afetsiz günler dilerim.

Hayatta kalınız....Sağlıklı kalınız.....

Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK

Afet ve Acil Tıp Derneği Başkanı

JADEM-JOURNAL OF ADEM
JOURNAL OF DİSASTER AND EMERGENCY MEDİCİNE
AFET VE ACİL TIP DERGİSİ

Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK

ÖZ

Bu yazıda 2020 yılında **AFET VE ACİL TIP DERNEĞİ (AFAT) - ASSOCIATION OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE (ADEM)** bilimsel dergisi olarak yayım hayatına başlayan **JOURNAL OF ADEM – JADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine- Afet ve Acil Tıp Dergisi**'nin tanıtımı ve yazım kuralları özetlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil ve Afet Tıp Dergisi

ABSTRACT

In this article, the introduction of **JOURNAL OF ADEM - JADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine - Disaster and Emergency Medicine Journal**, which started its publishing life as the scientific journal of **DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE (AFAT) - ASSOCIATION OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE (ADEM)** in 2020, and spelling rules are summarized.

Key words: Journal of ADEM, Disaster and Emergency Medicine

2020 yılında AFET VE ACİL TIP DERNEĞİ (AFAT) - ASSOCIATION OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE (ADEM) bilimsel dergisi olarak yayım hayatına başlayan JOURNAL OF ADEM – JADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine- Afet ve Acil Tıp Dergisi'nin tanıtımı, yazım kuralları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 1: JOURNAL OF ADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine- Afet ve Acil Tıp Dergisi'nin tanıtımı, yazım kuralları.	
Derginin tam adı:	Journal of ADEM
Alt Başlık:	Journal of Disaster and Emergency Medicine- Afet ve Acil Tıp Dergisi
Kısaltılmış başlık:	JADEM
Derginin Amacı:	Journal of ADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine - Afet ve Acil Tıp Dergisi'nin amacı, acil tıp ve afet alanındaki medikal, teknik, sosyal ve beşeri bilimsel verilerin paylaşılması, tartışılması ve alandaki profesyonellerin akademik gelişmesinin desteklenmesidir. Ayrıca, Türkiye'de ve dünyada acil tıp, afet tıbbı, afet yönetimi ve yaklaşımının geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır.
Derginin Kapsamı:	Journal of ADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine - Afet ve Acil Tıp Dergisi, acil tıp ve afet konularında hastane öncesi ve hastanelerde yapılan teknolojik (mühendislik çalışmaları dahil) ve bilimsel çalışmaları, arama, kurtarma, stabilizasyon, transport, acil müdahale, triaj, afet tıbbı, halk sağlığı, adli tıp, sağlık hukuku, psiko-sosyal hizmetler, lojistik, hastane hizmetleri, afet yönetimi, iş sağlığı ve güvenliği gibi medikal, teknik, sosyal ve beşeri konuları kapsayan bilimsel hakemli (çift-kör hakemli) bir dergidir. Journal of ADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine - Afet ve Acil Tıp Dergisi'nde orijinal araştırma, derleme, olgu sunumu, editöre mektup, bilimsel mektup, cerrahi teknik, teknolojik yaklaşımlar kategorilerinde bilimsel yazılar yayımlanmaktadır. Journal of ADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine - Afet ve Acil Tıp Dergisi yılda 3 sayı olarak (OCAK-MAYIS-EYLÜL) yayımlanmaktadır. Dergi yayın dili TÜRKÇE VEYA İNGİLİZCE'DİR.
Derginin Yazım Kuralları:	Derginin tüm editöryal ve yayıncılık süreci the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), the World Association of Medical Editors (WAME), the Council of Science Editors (CSE), the European Association of Science Editors (EASE), the Committee on Publication Ethics (COPE) tarafından yayımlanan yayıncılık ilkelerine uygun olarak yapılmaktadır. Tüm yazılar, https://dergipark.org dergi web sayfasında mevcut olan çevrimiçi başvuru sistemi yoluyla gönderilmelidir. Yayımlanan tüm içeriklere online ücretsiz olarak derginin web adresinden ulaşılabilir. Derginin yönergelerini, teknik bilgilerini ve gerekli formları derginin web sayfasında bulabilirsiniz. Dergide yayımlanan yazılardaki ifadeler veya görüşler, Journal of ADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine - Afet ve Acil Tıp Dergisi'nde, editörler, yayın kurulu ve/veya yayıncının görüşlerini değil, yazar ve/veya yazarların görüşlerini yansıtmaktadır; editörler, yayın

kurulu ve yayıncı, bu tür materyaller için herhangi bir sorumluluk veya yükümlülük kabul etmemektedir.

DERGİNİN SAHİBİ: Journal of ADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine - Afet ve Acil Tıp Dergisi, Association of Disaster and Emergency Medicine-Afet ve Acil Tıp Derneği'nin dergisidir. Afet ve Acil Tıp Derneği - Association of Disaster and Emergency Medicine, Journal of ADEM - Journal of Disaster and Emergency Medicine - Afet ve Acil Tıp Dergisi'nde yayınlanan tüm içeriğin uluslararası telif hakkına sahiptir.

JADEM-Journal of ADEM Makale yazım kuralları:

Orijinal Araştırma:

Afetler ve Acil Tıp konularında saha, klinik ve deneysel araştırmaları içerir. Yapısı: Özet [Maksimum 250 kelime ve Türkçe (Amaç-Yöntem-Bulgular-Sonuç) ve İngilizce (Aim-Method-Results-Conclusion) olarak] ve Giriş-Yöntem-Bulgular-Tartışma-Sonuç-Kısıtlamalar-Teşekkür-Çıkar çatışması-Finansal destek-Yazarların katkısı-Etik açıklaması-Kaynaklar bölümlerinden oluşur.

Yöntem içinde "Etik kurul onayı, kurul yeri, numarası ve tarihi belirtilmelidir,"

Derleme:

Afetler ve Acil Tıp konularında literatüre katkı sağlayacak ve konuyla ilgili yayınları olan doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından hazırlanır. Yapısı: Özet [Maksimum 200 kelime kelime ve bölümsüz, Türkçe ve İngilizce olarak] Konu ile ilgili başlıklar- Kısıtlamalar-Teşekkür-Çıkar çatışması-Finansal destek-Yazarların katkısı-Kaynaklar bölümlerinden oluşur.

Olgu Sunumu:

Afetler ve Acil Tıp konularında nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır. Yapısı: Özet [Maksimum 150 kelime ve bölümsüz, Türkçe ve İngilizce olarak]-Giriş -Olgu Sunumu-Tartışma-Sonuç- Teşekkür-Çıkar çatışması-Finansal destek-Yazarların katkısı-Aydınlatılmış Onam Beyanı-Kaynaklar bölümlerinden oluşur.

Anahtar kelimeler:

En az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır.

Orjinal Makalenin sonunda mutlaka aşağıdaki ek bölümler bulunmalıdır:

“Kısıtlamalar” bölümü eklenmelidir

“Teşekkür” bölümü eklenerek ile katkısı olanlara teşekkür edilmelidir.

“Çıkar Çatışması” bölümü eklenerek ‘‘Yazarlar bu çalışma ile ilgili

	<p>herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.” şeklinde belirtilmelidir.</p> <p>“Finansal Destek” bölümü eklenerek “Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.” şeklinde belirtilmelidir</p> <p>“Yazarların katkısı” bölümünde her yazarın yazıya olan katkısı yazılmalıdır.</p> <p>“Etik açıklaması” bölümü eklenerek, “ Tüm yazarlar Araştırma ve Yayın Etiği kurallarına uyduklarını beyan etmişlerdir.” yazısı ile birlikte varsa “Etik numarası, Tarihi ve Etik kurulu” belirtilmelidir.</p> <p>Olgu sunumlarında “Aydınlatılmış Onam Beyanı” bölümü ve “Olgu sunumu için hastadan/hastalardan/hasta yakınından bilgilendirilmiş olur formu alındı.” yazısı bulunmalıdır.</p> <p>Kaynaklar:</p> <p>Kaynaklar, İngilizce yazılmalıdır. Orijinal basımı Türkçe olan kaynakların başlığı [] içinde ve İngilizce olarak yazılmalıdır. Kaynaklar makalede geliş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden hemen sonra “Üst Simge” olarak belirtilmelidir. Makalede bulunan tüm yazarlar belirtilmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus'ta belirtilen şekilde olmalıdır (Bkz: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/). Kongre bildirimleri, kişisel deneyimler, basılmamış yayınlar, kaynak olarak gösterilemez.</p> <p>Kaynak örnekleri:</p> <p>Makale için;</p> <p>Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı, sayfa no'su ve doi no'su belirtilmelidir. Örnek: Özüçelik DN, Kunt MM, Karaca MA, Erbil B, Sivri B, Sahin A, Cetinkaya Şardan Y, Ozmen MM, Güçiz Doğan B. A model of complaint based for overcrowding emergency department: Five-Level Hacettepe Emergency Triage System. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2013 May;19(3):205-14. doi: 10.5505/tjtes.2013.44789.</p> <p>Kitap için;</p> <p>Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar ve ISBN no'su belirtilmelidir. Örnek: Özüçelik DN. Afet Timi ve Görevleri. Eryılmaz M, Dizer U. Afet Tıbbı. 1.Baskı, Ankara, Ünsal Yayınları, 2005, sf. 359-365. ISBN: 975-98895-1-X</p>
Makale değerlendirme süresi:	2 ay
Yayımlanma sıklığı:	Yılda 4 sayı
Derginin başlangıç yılı:	2020

DERGİ SAHİBİ ve BAŞ EDİTÖR Journal Owner and Editors In Chief	Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK, MD., Prof. Afet ve Acil Tıp Derneği Başkanı İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye Mail: dogacniyazi@gmail.com, dogac.ozucelik@istanbul.edu.tr Tel: +905325929180
EDİTÖR Editor	Özgür KARCIOĞLU, MD., Prof. SBÜ, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Kliniği, İstanbul, Türkiye Mail: okarcioglu@gmail.com Tel: +90.505.5252399
EDİTÖR YARDIMCILARI Associate Editors	Hakan TOPAÇOĞLU, MD., Prof. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye Mail: hakan.topacoglu@aol.com Tel: +905424705317 Kurtuluş AÇIKSARI, MD, PhD İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye Mail: drkurtulus@yahoo.com Tel:+905327169792 Barış Murat AYYVACI, MD, PhD Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye Mail: barismuratayvaci@gmail.com Tel:+905053107676 Tarık BALCI, PARAMEDİK, Paramedik Derneği Başkanı Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE, Mail:prmtarik@gmail.com Tel: 05053706048
TEKNİK EDİTÖRLER Technical Editors	Mehmet KOÇAK, MD, S.B. İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye, Mail: dr.mehmetkocak@gmail.com Tel: 05325262624



AFAT - AFET VE ACİL TIP DERNEĞİ

www.adem-afat.com

ADEM - ASSOCIATION OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE

Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK

ÖZ

Bu çalışmada AFET VE ACİL TIP DERNEĞİ (AFAT) - ASSOCIATION OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE (ADEM), kısa kuruluş tarihçesi ve bir yıllık aktiviteleri anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Afet ve Acil Tıp Derneği, AFAT

ABSTRACT

In this study, AFET VE ACİL TIP DERNEĞİ (AFAT) - ASSOCIATION OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE (ADEM), its short foundation history and one-year activities are explained.

Key words: Association of Disaster and Emergency Medicine, ADEM

GİRİŞ:

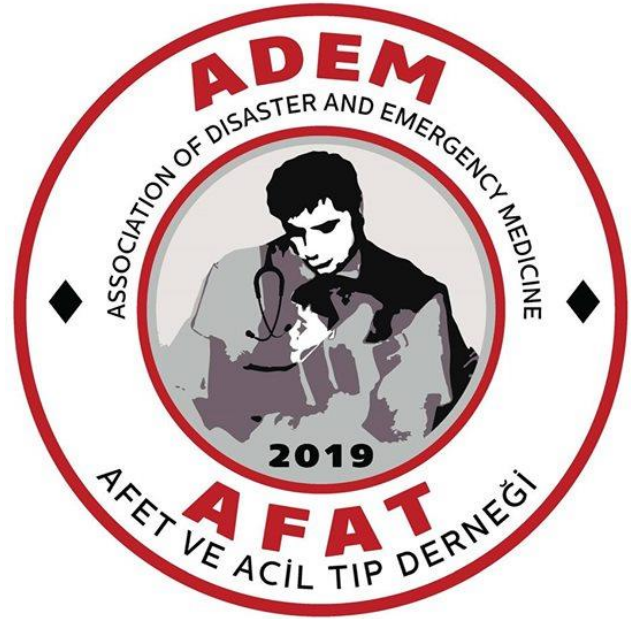
AFET VE ACİL TIP DERNEĞİ (AFAT) - ASSOCIATION OF DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE (ADEM), ulusal ve uluslar arası afetlerde aktif çalışmalarda bulunmuş bir grup Acil Tıp Uzmanı tarafından, T.C. İstanbul Valiliği onayı ile 07.03.2019 tarihinde, 34-251/002 kütük sayı numarası ile İstanbul'da kurulmuş olan ve sağlık alanında faaliyet gösteren bir sivil toplum kuruluşudur.

ADEM-AFAT Derneğimizin kurucuları, Marmara Depreminden Van Depremine, Nepal'den Mozambik Afetine kadar ülkemiz ve ülkemiz dışındaki afetlerde aktif olarak çalışmış, ülkemizi ve Acil Tıp adını gururla ve başarıyla temsil etmiş, ülkemizin afet ve acil tıp ile ilgili diğer derneklerinde yıllardır hizmet etmiş ve desteklemiş Acil Tıp Uzmanlarından oluşmaktadır. Derneğin kurucuları, Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Ferudun ÇELİKMEN, Dr. Öğr. Üyesi Kurtuluş AÇIKSARI, Dr. Öğr. Üyesi Barış Murat AYYACI, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa YAZICIOĞLU, Uz. Dr. Sıla ŞADILLIOĞU, Uz. Dr. Derya ABUŞKA, Uz. Dr. Yılmaz AYDIN, Uz. Dr. Serkan ALTUNTAŞ, Prof. Dr. Sezgin SARIKYA, Uz. Dr. Mehmet KOÇAK, Uz. Dr. Cem ŞİMŞEK halen derneğin aktif üyeleri olarak çalışmaktadırlar.

ADEM-AFAT derneği ülkemizin bu konularda çalışan diğer derneklere bir alternatif olarak değil, alanındaki boşluğu tamamlamak amacıyla kurulmuş bir dernektir. ADEM-AFAT derneği ulusal ve uluslararası kurum ve

kuruluşlardaki temsileyetlerde diğer derneklerle ilişkilerini ve işbirliğini ön planda tutmaktadır.

Derneğin ismi ve kısaltmaları dernek başkanı Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK'in ve logosu (Şekil 1) başkan yardımcısı Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Ferudun ÇELİKMEN önerisiyle (1999 Marmara Depreminde Ferudun hocanın ekip arkadaşı tarafından kurtarılan bir çocuğun ve kurtarıcısının fotoğrafının modifikasyonu) kurucu yönetim kurulu tarafından onaylanarak oluşturulmuştur.



Şekil 1: Afet ve Acil Tıp Derneği logosu

ADEM-AFAT Derneğine üye olma koşullarından birisi ‘‘Afet ve Acil Tıp alanında ulusal ve uluslararası düzeyde akademik (teorik) ve hizmet (pratik) olarak çalışmalarda bulunmuş olmak’’ olarak tanımlanmıştır. Dernek yönetim kurulu üyelerimizin de en az üçte ikisi Acil Tıp Uzmanlarından oluşurken

geri kalanı yukarıdaki koşulları sağlayan diğer meslek gruplarından oluşmaktadır.

Afet ve Acil Tıp alanındaki tüm konularda faaliyet gösteren ADEM-AFAT derneğinin amaçları aşağıda özetlenmiştir:

1. Doğal, teknolojik ve insan eliyle meydana gelen ulusal ve uluslararası afetlerde, afet tıbbı, acil tıp, acil sağlık hizmetleri ve acil kurtarma, medikal kurtarma ve arama kurtarma konularında ulusal ve uluslararası düzeyde profesyonel eğitimler vermek ve ulusal ve uluslararası düzeyde profesyonel ekipler yetiştirmek,
2. Yukarıdaki konularla ilgili ulusal ve uluslararası kurumlarla iş birliği yapmak, kurum ve kuruluşlara ve konuyla ilgili çalışan tüm ekiplere profesyonel eğitimler ve danışmanlıklar vermek,
3. Yetiştireceği profesyonel ekiplerle ulusal ve uluslararası afetlerde olay yerinde, hastane öncesi ve hastanelerde, acil tıp, acil sağlık hizmetleri, acil kurtarma, medikal kurtarma ve arama kurtarma faaliyetleri yapmak,
4. Konuyla ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde her tür basın, yayın, iletişim, haberleşme ve akademik faaliyetlerde bulunmak, toplantı, panel, kongre, konferans, seminer, fuar ve çalıştay düzenlemek, projeler yapmak, projelere katılmak, katkıda bulunmak,
5. Konuyla ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde her türlü eğitim, araştırma,

- geliştirme ve yönetim merkezleri kurmak,
6. Konuyla ilgili her türlü bilgi, belge, doküman ve yayınları temin etmek, dokümantasyon merkezi oluşturmak, çalışmalarını duyurmak için amaçları doğrultusunda gazete, dergi, kitap gibi yayınlar ile çalışma ve bilgilendirme bültenleri çıkarmak,
7. Konuyla ilgili ulusal ve uluslararası akademik düzeyde eğitim vermek amacıyla kurum ve kuruluşlar kurmak, işletmek, ilkyardım eğitim ve eğitici eğitim merkezleri kurmak, işletmek,
8. Konuyla ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde halkı bilinçlendirici, bilgilendirici eğitim, program ve projeler yapmak ve geliştirmek,
9. Konuyla ilgili her türlü bilimsel çalışmalarda bulunmak ve sonuçları ile ilgili ilgili kurumları bilgilendirmek ve önerilerde bulunmak,
10. Konuyla ilgili mesleki hizmetleri sırasında üyelerinin karşılaştıkları hukuksal sorunlar ve ihtiyaçları ile ilgili hukuksal danışmanlık hizmeti ve eğitimler vermek, verilmesine aracılık yapmak.
11. Konuyla ilgili hizmet eden ekiplerle ilgili sosyal ve özlük hak çalışmaları yapmak, ilgili kurumları bilgilendirmek ve önerilerde bulunmak,
12. İlgili kanunlar çerçevesinde ulusal ve uluslararası yardım toplama faaliyetlerinde bulunmak ve bağış/hibe kabul etmek,

13. Dernek faaliyetleri için ihtiyaç duyulan taşınır, taşınmaz mal satın almak, satmak, kiralamak, kiraya vermek ve taşınmazlar üzerinde aynı hak tesis etmek,
14. Derneğin konusu ve amacı ile ilgisi bulunan ve kanunlarla yasaklanmayan alanlarda, ulusal ve uluslararası düzeyde diğer derneklerle veya vakıf, sendika ve benzeri sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği çalışmalarında bulunmak,
15. Konusuyla ilgili ulusal ve uluslararası dernek, federasyon, konfederasyon veya kuruluşlara üye olmak ve bu kuruluşlarla iş birliği yapmak, ulusal ve uluslararası proje yapmak veya yardımlaşmak,
16. Amacın gerçekleştirilmesi için gerek görülmesi halinde, 5072 sayılı Dernek ve Vakıfların Kamu Kurum ve Kuruluşları ile İlişkilerine Dair Kanun hükümleri saklı kalmak üzere, kamu kurum ve kuruluşları ile görev alanına giren konularda ortak eğitim, tatbikat, faaliyetler ve projeler yürütmek,
17. Tüzük amaçlarının gerçekleştirilmesi için ihtiyaç duyduğu gelirleri temin etmek amacıyla iktisadi, ticari ve sanayi işletmeler kurmak ve işletmek,
18. Dernek üyelerinin konuyla ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde bilgi ve görgülerini arttırmak amacıyla çalıştay, sempozyum, kongre gibi bilimsel faaliyetlere gönderilmesi için gerekli maddi destek çalışmaları yapabilir, bağış ve destek alabilir, verebilir,

19. Dernek siyasetle uğraşmaz.

20. Dernek üyeleri eşit haklara sahiptir.

Üyeler arasında dil, din, ırk, mezhep, renk, cinsiyet, aile, zümre ve sınıf farkı yoktur.

21. Dernek, hiçbir resmi kurum veya kuruluşun amacına aykırı hareket edemez, kamuya yararlı dernek statüsünde bir dernek gibi hizmet eder ve kamuya yararlı dernek statüsü almak için gerekli çalışmaları yapar.

AFET VE ACİL TIP DERNEĞİ ÇALIŞMALARI (Şekil 3)

Afet ve Acil Tıp Derneği, bir yıllık kuruluş sürecinde yönetim kurulu ve üyeleri aracılığı ile aşağıdaki aktiviteleri yapmıştır.

-Okul tahliye eğitimleri

-Okul sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar eğitimleri

-Afetlerde ve Acil servislerde medikal tedavi eğitimleri

-Depremlerde ve diğer afetlerde neler yapmalı ve afet hazırlığı eğitimleri

-Elazığ Depremi ile ilgili TV kanallarında bilgilendirme programları

-Corona-Covid19 virüs pandemisi ile ilgili sosyal medya ve bilimsel platformlarda bilgilendirme program ve yazıları

-www.adem-afat.com isimli web sayfası aracılığı ile sağlık çalışanlarını ve halkı bilgilendirici yazılar ve yayınlar

-Journal of ADEM-JADEM dergisi aracılığı ile afet ve acil tıp çalışanlarının akademik çalışmalarını yayınlamasını sağlamak olmuştur.



Şekil 2: Afet ve Acil Tıp Derneği Başkanı Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK, Başkan Yardımcısı Dr.Öğr.Üyesi Mustafa Ferudun ÇELİKMEN ve Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Mustafa YAZICIOĞLU Elazığ Depremi sonrasında TV programlarında depremlerle ilgili bilgilerini paylaştılar.



Şekil 3: Afet ve Acil Tıp Derneği tarafından yapılan bilimsel aktivitelerde yönetim kurulu üyelerimiz bilgilerini ve deneyimlerini paylaştılar

AFET TIBBI**DISASTER MEDICINE****Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK****ÖZ**

Afet Tıbbı; büyük olayların ve afetlerin epidemiyolojisi, afetlerde karşılaşılabilecek sağlık sorunlarının önlenmesi, yönetimini ve rehabilitasyonunu inceleyen ve afet planlamalarına katkıda bulunan bir bilim dalıdır. Afet tıbbı, afet öncesi, afet sırasında ve sonrasında; hazırlık ve planlama, müdahale ve yanıt ile yeniden iyileşme süreçlerindeki "afet yönetim yanıtına" tıbbi liderlik yapan, aynı zamanda birçok yönetim metodunun katkıda bulunduğu disiplinler arası bir uzmanlık alanıdır. Henüz uluslararası bir standart eğitim programı bulunmayan, afet tıbbi eğitimleri afet ve acillerle ilgili dernek ve kuruluşlar tarafından planlanmaktadır. Bu yazıda afet tıbbi ve eğitimi hakkında kısa bilgilendirme yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Afet tıbbı; eğitim; müfredat

ABSTRACT

Disaster Medicine; epidemiology of major events and disasters is a science that examines the prevention, management and rehabilitation of health problems that can be encountered in disasters and contributes to disaster planning. Disaster medicine, before, during and after the disaster; It is an interdisciplinary field of expertise that is leading the " disaster management response " medicine in preparation, planning, intervention and response, and recovery processes, and also contributed by many management methods. Disaster medicine trainings, which do not have an international standard education program yet, are planned by associations and organizations related to disasters and emergencies. In this article, brief information was given about disaster medicine and education.

Keywords: Disaster medicine; education; training; curriculum,

Afet, Medikal Afet ve Afet Tıbbı

Afetler; beklenmedik zamanda ve kısa sürede ortaya çıkan, doğa ve canlılar üzerinde oluşturdukları zararlı etkileri, meydana geldikleri yerleşim biriminin, ilçenin, ilin, bölgenin ya da ülkenin tek başına karşılayamayacağı

büyük olaylardır.

Medikal Afet; Felaketler sırasında, mevcut tıbbi kaynaklar ile ihtiyaç arasındaki dengesizlik sonrası ortaya çıkan durumdur.

Afet Tıbbı; büyük olayların ve afetlerin epidemiyolojisi, afetlerde karşılaşılabilecek sağlık sorunlarının önlenmesi, yönetimini ve rehabilitasyonunu inceleyen ve afet planlamalarına katkıda bulunan bir bilim dalıdır.¹

ACEP tarafından afetler küçük, büyük ve felaketler olarak sınıflandırılmıştır.⁴

1. Küçük Afetler: Çok az devlet yardımı gerektiren, yerel yönetimlerin kabiliyeti ile yönetilen afetlerdir.

2. Büyük Afetler: Yerel yönetim yeteneklerini aşan, bu nedenle çok çeşitli devlet yardımı gerektiren afetlerdir.

3. Felaketler: Acil askeri müdahale de dahil olmak üzere büyük devlet yardımı gerektiren afetlerdir.

Afet ve Afet Tıbbı Yönetimi

Afet tıbbı yönetimi, afet öncesinde yapılması gereken planlama, zarar azaltma ve hazırlık, afet sırasındaki müdahale ve yanıt ve afet sonrasında hızla normal yaşama dönülmesi için gereken iyileştirme ve rehabilitasyon

süreçlerinden oluşmaktadır. Bir ülke ya da kurum afete ne kadar çok hazırlanırsa afette vereceği yanıt ve karşılaşılabilecek zarar o derece az olur. Afet tıbbını ve yönetimini bilimsel uygulayan ülkelerde planlama-zarar azaltma ve hazırlık süreçleri daha kapsamlı ve uzun soluklu olurken, afet yönetimini bilimsel uygulamayan ülkelerde afet yanıtı ve iyileştirme süreçleri daha kapsamlı ve uzun sürmek zorunda kalmaktadır (Şekil 1 ve 2) Planlama-zarar azaltma ve hazırlık süreçlerini, afet yanıtı ve iyileştirme süreçlerinden daha önemsiz gören ülkelerde, her zaman daha fazla can ve mal kaybı gerçekleşmiştir.

Planlama ve Zarar Azaltma: Afet hazırlığından önce yapılan, o bölgede gerçekleşme olasılığı olan afetlerin ve sonuçlarının değerlendirildiği risk analizlerinin oluşturulmasıdır. Afet Tıbbı açısından planlama ve zarar azaltma, hastane içi ve dışı karşılaşılabilecek afetlerdeki sağlık sorunlarına yönelik risk analizlerinin yapılmasıdır. Uluslararası (pandemi dahil), ulusal ya da bölgesel (epidemi dahil) bulaşıcı hastalıklar dahil, hastalık risk haritaları oluşturularak önleyici ve azaltıcı faaliyetler planlanır.

Hazırlık: Bu süreçte daha önce gerçekleşmiş afetlerdeki problemler ve ihtiyaçlar göz önüne alınarak olma olasılığı olan afetlerle ilgili simülasyon alıştırılmaları ile afet senaryoları yapılır. Karşılaşılabilecek sağlık sorunlarına karşı (acil hastalar, var olan hastalar ve hasta olma olasılığı olanlara) artan ihtiyaçlar belirlenerek hazırlıklar yapılır.

Müdahale ve yanıt: Hazırlanmış olan planın gerçekleşmiş olan afete uygulanmasıdır. Bu aşamada planlama ve hazırlık süreçlerinde ön görülemeyen eksikler ve sorunlar her aşamada tespit edilerek acil düzeltilmesi gerekenler düzeltilir.

İyileştirme: Afet sonucunda ortaya çıkan yeni akut hastalıkların kronik dönemi ile afet dışı normal süreçlerde karşılaşılan hastalıkların olduğu dönemdir. İyileştirme dönemindeki amaç, bir an önce hastaların ve sağlık personelinin afet öncesi dönemdeki olanaklara

kavuşturulması ve eksikliklerin giderilmesidir. Bu dönem, aynı zamanda sonraki afetler için bu afette gözlenen problemlerin de değerlendirilmesinin yapıldığı dönemdir.

Afet Tıbbı Eğitimi

Afet Tıbbı eğitimi ile ilgili dünyada henüz standart bir program oluşturulmamıştır. Dünya Sağlık Örgütü, ACEP, EUSEM, Avusturalya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde uygulanan programlar temel alınarak, afet eğitimlerinde olması gereken konular tablo 1'de özetlenmiştir (Tablo 1).



Şekil 1: Afet tıbbı ve yönetimi gelişmiş ülkelerdeki afet yönetim süreci



Şekil 2: Afet tıbbi ve yönetimi gelişmemiş ülkelerdeki afet yönetim süreci

Tablo 1. Afet Tıbbi Eğitim Konuları (Özüçelik DN. Afet tıbbi. Özüçelik DN, editör. Afetlerde Acil Tıp Hizmetleri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.4)

- Afet tipleri ve hazırlığı
- Afetlerde tehlike ve risk yönetimi
- Afet yönetim sistemi
- Afet hazırlık modelleri
- Olay yeri yönetimi
- Afet sonrası rehabilitasyon
- Afetlerde mevzuat ve hukuk
- Afet epidemiyolojisi, araştırma ve geliştirme yöntemleri
- Afet ekonomisi
- Afet teknolojisi (iletişim, kayıt, operasyon)
- Afetlerde lojistik yönetimi (su, yiyecek, barınma, medikal)
- Hastane afet planları
- Ulusal afet planları
- Antibiyotik profilaksisi ve tedavisi

- Yara yönetimi ve Tetanoz profilaksisi
- Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon ve Atık yönetimi
- İlk Yardım ve Temel Yaşam Desteği eğitimleri
- İleri Yaşam Desteği ve Resusitasyon yönetimi
- Travma yönetimi (kafa, boyun, göğüs, karın, pelvis, vertebra ve ekstremit travmaları)
- Hava yolu girişimler (Entübasyon, alternatif havayolları)
- Solunum girişimleri (İğne dekompresyon, göğüs tüpü)
- Dolaşım girişimleri (Periferik ve santral damar yolları, intraosseöz girişimler)
- Gastrointestinal (Orogastrik ve nazogastrik tüpler)
- Boşaltım girişimleri (Uretral kateterler)
- Bilinç bozukları
- El kesileri gibi özellikli yaralanmalar
- Amputasyon
- Selülit ve apseler
- Açık ve kapalı ekstremit kırıkları, çıkıklar
- Vertebra fraktürleri ve omurilik yaralanmaları
- Hasta ve yaralı taşıma teknikleri
- Kompartman sendromu ve ezilme yaralanmaları
- Sıvı, elektrolit ve kan replasman tedavileri
- Yağ embolisi
- Lokal ve genel analjezi ve sedasyon yönetimi
- İlaç ve medikal malzeme yönetimi
- Bulaşıcı hastalıklar ve yönetimi
- Personel koruyucu ekipmanlar
- KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer kazalar ve saldırılar) yönetimi
- Kontaminasyon ve Dekontaminasyon
- Çevresel aciller yönetimi (yanıklar, donuklar, gazlar)
- Travmatik stres bozuklukları
- Afetlerde psikosoyal destek
- Afetlerde hassas grupların yönetimi
- Afetlerde Halk sağlığı
- Medikal arama ve kurtarma yönetimi
- Afetlerde kimliklendirme ve defin işlemleri
- Afetlerde acil ve kronik hastalık yönetimi
- Afetlerde anne çocuk sağlığı yönetimi
- Triaaj

- Afetlerde laboratuvar hizmetleri
- Afetlerde görüntüleme hizmetleri (ultrasonografi, mobil X-Ray)
- Tahliye planları
- Sahra hastanesi
- Savaş ve mülteci yönetimi
- Afetlerde transport sistemleri (kara, hava, deniz ambulans sistemleri)

Kaynaklar:

1. Disaster classification. <https://www.acep.org/how-we-serve/sections/disaster-medicine/disaster-classifications-levels-1-2-and-3/#sm.0001ku365uugydsczx42dk57cbo4t>. Erişim:25.12.2019
2. Özüçelik DN. Afet tıbbı. Özüçelik DN, editör. Afetlerde Acil Tıp Hizmetleri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. s.1-5
3. Disaster Medicine Section. <https://eusem.org/sections-and-committees/disaster-medicinesection>. Erişim: 25.12.2019
4. Disaster Medicine Section Objectives. <https://www.acep.org/how-we-serve/sections/disastermedicine/section-affairs/disaster-medicinesection-objectives/#sm.0001ku365uugydsczx42dk57cbo4t>. Erişim: 25.12.2019
5. Disaster medicine. Health and medical aspects of disasters second edition. Emergency management australia. 2nd ed. 1999. https://www.jumpjet.info/emergency-preparedness/neighborly-response/outside/disaster_medicine.pdf. Erişim: 25.12.2019
6. Disaster Medicine. Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents. AAFP Reprint No. 290. https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint290_Disaster.pdf. Erişim: 25.12.2019.
7. Pfenninger EG, Domres BD, Stahl W, Bauer A, Houser CM, Himmelseher S. Medical student disaster medicine education: the development of an educational resource. Int J Emerg Med 2010;3(1):9-20.z

Ülkemizde Acil Tıp: 26 yılın özeti
Emergency Medicine in Turkey: A summary of 26 years
Prof. Dr. Özgür KARCIOĞLU

OZ

Ülkemizde sağlık hizmetleri son 25 yıldır acil tıp uzmanlığı ile birlikte yeni bir ivme kazanmış ve sağlık “bir daha hiç eskisi gibi olmayacak” şekilde dönüşmüştür. ABD’de 60’larda, Avrupa ve ülkemizde 1994’te başlamış olan acil tıp uzmanlığı günümüzde olgunluk çağına girmiştir. 2020 yılında 4000 kişiye yakın adanmış, genç bir meslek grubu ile etkinliğini artırmaya devam etmektedir.

Anahtar kelimeler: Acil Tıp, Türkiye, 26 yıl

ABSTRACT

Healthcare services have entered a new era in the last three decades in Turkey. Inauguration of the specialty of emergency medicine modified the sector in an unprecedented way to be called “like never before”. Although commencement dated back to 1960’s in USA, the new fledgling specialty of emergency medicine was founded in Europe and Turkey in 1994. It has now evolved into an energetic new profession with nearly 4000 dedicated members and experiencing its early maturity.

Key words: Emergency Medicine, Turkey, 26 years

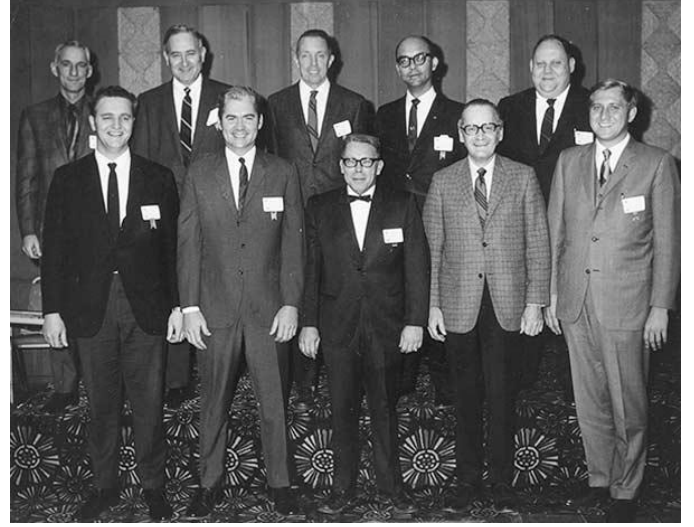
Acil Tıp Uzmanlığının doğumunu sağlayan ve büyük oranda gelişimine tanıklık eden ABD’deki tarihçesi oldukça ilginçtir.

1966 yılında Ulusal Bilimler Akademisi, “kaza ile oluşan ölüm ve sakatlıkların modern toplumun ihmal edilen en büyük sorunu olduğunu” anlatan bir rapor yayınladı. 1965’te 107.000 kişinin bu şekilde öldüğü bildirildi. **Buna karşı acil hastalıkların tanınması, tedavisi ve izlenmesi için ‘acil odaları’ düzenlenmesi ve akredite edilmesi önerildi.** Buna paralel şekilde Kennedy hükümeti tarafından 128 sayfalık **Ambulans Hizmetleri Standartları ve Acil Hastaların Bakımı** kitapçığı yayımlandı.

ABD’de 60’lara uzanan bu geçmişin yanında Avrupa’da sistem farklılığı nedeniyle ancak 90’lardan sonra Acil Tıp anlamında dernekleşme başlayabilmiştir. “Leuven Klübü” adıyla Belçika’daki hekimlerin öncülüğünde başlatılan tartışmalar 1994 yılında EuSEM’e evrilmiştir. **Kritik dönemeçleri listelersek:**

1967’de Michigan’daki St. Lawrence Hospital’de Dr. John Wiegenstein ve Dr. Eugene Nakfoor bir acil odası kurup sürekliliğini sağladı.

1968’de (16 Ağustos) ACEP kuruldu (Şekil 1).



Şekil 1. 16 Ağustos 1968’de ACEP kuruluşu için Michigan’da Lansing Holiday Inn’de Dr. Wiegenstein; Dr. Nakfoor; John Rupke, MD; John Rogers, MD; Robert Rathburn, MD; Richard Lingenfelter, MD; Robert Leichtman, MD; and George Fink, MD biraraya geldiler. Sonuçta Dr. Wiegenstein Başkan olarak belirlendi.

1969’da Kennedy ACEP toplantısına hitap ederek bu çalışmalara hız verilmesini sağladı.

1969’da Denver’de ilk ACEP toplantısına 128 hekim katıldı. Kayıt ücreti 50 ila 75 USD idi.

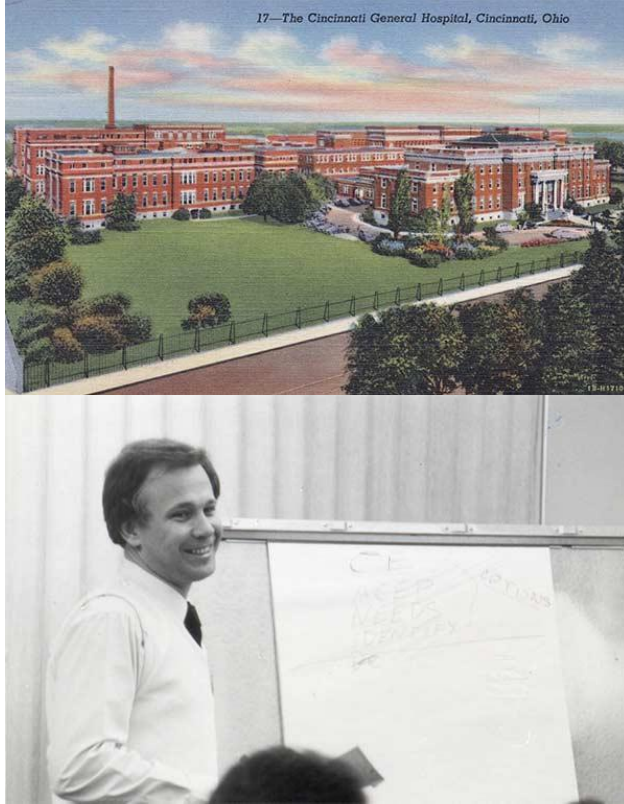
1970’te ilk uzmanlık eğitimi (asistanlık) programı Cincinnati, Ohio’da başlatıldı. (Şekil 2 A ve B).

1972. Journal of the American College of Emergency Physicians (JACEP) yayımlandı (Şekil 3).

1973. Daha sonra 911’e dönüşecek olan Ambulans Hizmetleri- EMS’nin temellerini atan yasa onaylandı.

1974: Acil Tıp Asistanları Birliği (EMRA) kuruldu.

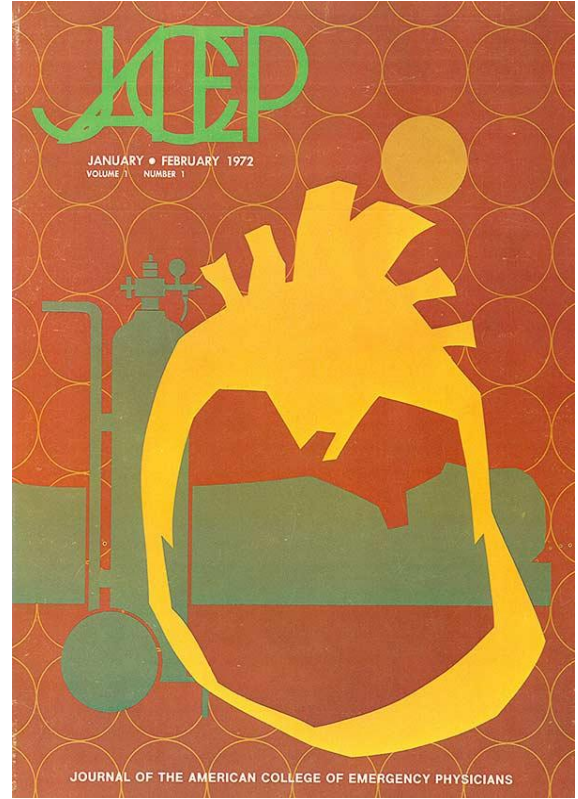
1978'de ilk halk eğitimi kampanyası başlatıldı; ana tema evde oluşabilecek zehirlenmelerdi.



Şekil 2 A ve B. 1970'te ilk uzmanlık eğitimi programının başladığı Cincinnati Üniversitesi ile affiliye hastane kompleksi Ohio ve ilk acil tıp asistanı Dr. Bruce Janiak.,

1979: Amerikan Ulusal Uzmanlık Board'u Acil tıbbın 23. Uzmanlık dalı olmasını onayladı.

1980: İlk acil tıp uzmanları ABEM tarafından board-sertifikası almaya hak kazandı.



Şekil 3. Journal of the American College of Emergency Physicians (JACEP) ilk sayısının kapağı.

1990: ACEP ilk klinik karar verme kılavuzunu “göğüs ağrısı” konusunda yayınladı.

1994 (Mayıs): Avrupa Acil Tıp Birliği (EuSEM, The European Society for Emergency Medicine kuruldu (Şekil 4).

1994: ER adlı televizyon dizisi yayınlanmaya başladı.

2000: ABD’de 108 milyon kişi acil servislerde muayene edildi.

2015: ACEP Klinik Ultrason Akreditasyon Programını başlattı.

2017: ABD’de 141.4 milyon kişi acil servislerde muayene edildi.

2018: ACEP Geriatrik Acil Tıp Akreditasyon Programını başlattı.



Şekil 4. 2019’da EuSEM 25. Yıldönümü kutlamasında çekilen foto. Kurucu başkan Herman Delooze (soldan 3.) ve Dr Luis Garcia-Castrillo Riesgo (sol başta) da görülüyor.

Türkiye’de durum:

Ülkemizde sağlık hizmetleri son 25 yıldır acil tıp uzmanlığı ile birlikte yeni bir kulvara girmiştir. Tablo 1’de tarih sırasıyla önemli gelişmeler verilmiştir.

On yıllardır konuyla ilgili özel bir eğitim almadan göreve başlayan pratisyen hekim ve diğer uzmanlıktan hekimler eliyle yürütülen acil servis hizmetleri, 90’lardan itibaren önemli şekilde değişikliğe uğramıştır. Hızla artan acil tıp uzmanı sayısı ile ilçe devlet hastanelerine kadar acil tıp hizmetleri sürekli o klinikte çalışan ve işin eğitimini almış hekimler eliyle yürütüldüğünde eskiye göre fark topluma yansımıştır.

Acil tıp şu an ülkemizde en fazla eğitim etkinliği yapan klinik branştır. 1994’te yeni başlamış olan acil tıp uzmanlığı 2019 sonunda 4000 kişiye yakın adanmış, genç bir meslek grubu ile olgunlaşmaya devam etmektedir. **Yaklaşık 70 profesör, 100’den fazla doçent, 1000’den fazla uzman ve yine 1000 civarında asistan** ile bilim ortamına belirgin katkıda bulunmuştur.

Şekil 8 ve 9’da 90’lardaki asistanlara ait fotoğraflar da bulunmaktadır.

Acil Tıp bu 25 yıl içinde bebeklik, çocukluk dönemlerini geçip olgunluk dönemine girmektedir. H indeksi 20’nin üzerinde yazarları yetiştirmiş, yurtdışı nitelikli yayınlarda belirgin sıçramaya tanık olmuş, öğretim üyesi başına SCI kapsamında en fazla yayın yapan klinik branşlardan biridir.

Tablo 1. Kronolojik sırayla ülkemizde acil tıp ile ilişkili köşe taşları.

<p>1986'da "077 Hızır Acil Servis" adıyla ilk ambulans servisi kuruldu. (Sadece 3 büyükşehirde)</p> <p>1988'de İÜ- Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 'Hekimlikte Acil Vakalar' Anabilim dalı girişimi oldu.</p> <p>1989 John R. Fowler, FACEP Türkiye'de DEU'de çalışmaya başladı.</p> <p>1991-1992'de Hızır Acil "112" adını alarak hizmete devam etti.</p> <p>1993'te Bakanlar kurulu acil tıp uzmanlık eğitimini onayladı (Şekil 5)</p> <p>1994'te Paramedik eğitiminin başlaması</p> <p>1994'te Acil tıp uzmanlık eğitiminin başlaması</p> <p>1995'te TATD kuruluşu (İzmir)</p> <p>1997'de ilk Acil Tıp Sempozyumu</p> <p>1997'de Türk Tabipleri Birliği – Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) Acil Tıp Uzmanlığını üye olarak kabul etti (TATD)</p> <p>1998'de ilk Acil Tıp asistan karnesi (DEU) hazırlandı</p> <p>1998'de İlk Acil Tıp Uzmanları belge aldı.</p> <p>1999'da ATUDER kuruluşu (Bursa)</p> <p>2001'de Türkiye'de uluslararası ilk Afet ve Acil Tıp Kongresi (WADEM, İstanbul) yapıldı.</p> <p>2001'de Judith Tintinalli Türkiye'de ziyaretlerde bulundu.</p> <p>2002'de Acil Tıp Uzmanlık eğitimi ve acil servis standartları ilk kez yayımlandı (DEU) (Şekil 6)</p> <p>2003'te Acil tıpta ilk doçentler belge aldı.</p> <p>2004'te Acil Tıp Yeterlik Kurulu (ATYK) 1. Genel Kurulu yapıldı</p> <p>2004'te 112 ambulanslarına ve acil servislere paramedik atamaları yapıldı.</p> <p>2005. ABD'de yapılmakta olan "Acil Travma Bakım Kursu" ülkemizde de yapıldı. (Şekil 7)</p> <p>2006'da Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde acil tıp uzmanlık eğitimi başladı</p> <p>2007'de İstanbul Sağlık Müd.de önemli pozisyonlarda acil tıp uzmanları çalışmaya başladı.</p> <p>2008'de ilk orijinal acil tıp bilimsel kitapları yayınlanmaya başlandı.</p> <p>2009'da Acil tıpta ilk profesör atamaları yapıldı.</p> <p>2015'te doçentlik sınav jürileri tamamen Acil Tıp Uzmanlarından oluşmaya başladı.</p> <p>2016'da Acil tıp uzmanları Sağlık Bakanlığında önemli pozisyonlarda çalışmaya başladı.</p> <p>2018'de ilk Acil Tıp Yeterlik Sınavı yapıldı.</p> <p>2019'da ilk kez EUSEM, TATD ve ATUDER'in ortak Afet ve Acil Tıp Kongresi yapıldı.</p>
--

Acil tıp diğer klinikleri de değiştirmiştir. Artık akut karın ağrısında analjezi gereksinimi tartışılmıyor, resüsitasyonda yenilikler acil tıbbın katkısı olmadan değerlendirilemiyor.

Acil tıp uzmanlık eğitimi:

Acil Tıp Uzmanlık eğitimi ABD’de 50 yılı aşkın geçmişi olan ve hemen tüm tıp fakültelerinde eğitim programına alınmış bir disiplindir. John R. Fowler’in 2002 yılında basılan **“Acil Servis ve Akademik Acil Tıp”** başlıklı kitaba yazdığı önsözden bir alıntı: *“Acil bakımın yüksek bir standarda erişmesi, birçok açıdan eğitim hedeflerine ulaşmakla ilgilidir. Bu açılardan birkaçı şunlardır: acil serviste denetim ve hastabaşı öğretimi, haftalık dersler ve olgu konferansları, güncel tıp literatürünün incelenmesi, lokal ve çok merkezli araştırma projeleri, diğer anabilim dalları ile ortak konferanslar ve diğer servislerde rotasyonlar. Her programın eğitim yöntemleri, uygulanacağı hastanenin özelliklerine göre belirlenecektir.*

Denetim olmadan kaliteli bir uzmanlık eğitim programı yapılamaz. Belirtilen eğitim hedeflerine ne kadar ulaşıldığını anlamak için her programda etkili bir denetim sisteminin oluşturulacağını ümit ediyorum. Böylece hastalarımız özenli ve çağdaş Acil Tıp hizmetleri ile en iyi şekilde tedavi görecektir.

Acil Tıp sürekli gelişen bir tıp dalıdır. En son gelişmelerin devamlı takip edilmesiyle Türkiye’deki Acil Tıp hizmetlerinin en iyi düzeyde olması sağlanacaktır. Türkiye’de Acil Tıp birimlerinin kendi aralarında ve diğer tıp dallarıyla paylaşım içerisinde olması Acil Tıp’ın

gelişmesinde önemli bir rol oynayacaktır. Türkiye’nin her yerinde Acil Tıp konularında daha fazla çalışmalar yapılarak Acil Tıp eğitim ve hizmetlerinin sürekli olarak gelişeceği kanısındayım.”

Acil Tıp Uzmanı kimdir?

- Akut hastalık ve yaralanma durumunda hastanın zaman kaybetmeden tanınması, değerlendirme, bakım ve sonuçlandırılması
- Acil tıbbi bakımın her yönüyle ilgili yönetim, araştırma ve öğretim etkinlikleri
- Gerektiğinde hastanın, hastane içinde veya dışındaki sürekli bakım olanaklarından (polikliniklerden) yararlanması için yönlendirilmesi
- Toplumsal acil veya felaket durumlarına yanıt vermeyi de kapsayan ambulans-112 (EMS) sisteminin yönetimini sağlayan hekimdir.

Acil Tıp Uzmanlık Eğitiminin Amaçları:

Acil Tıptaki asistanlık programları hekimlerin aşağıdaki konularda eğitilmelerini sağlamayı amaçlamaktadır.

- 1- Hastalık ve yaralanmaların önlenmesi için hastalar ve halkın eğitimini sağlamak,
- 2- Akut bir hastalık veya yaralanma geçiren hastaların hastaneye gelmeden önceki bakımlarını uygun şekilde gerçekleştirmek,
- 3- Acil servise başvuran tüm hastaların tanılarını koymak, stabilizasyon ve resüsitasyonları, değerlendirme ve bakımlarını sağlamak,
- 4- Acil servisten çıkan hastaların uygun bir şekilde izlenmelerini sağlamak,
- 5- **Ambulans-112** sisteminin (EMS) yönetimine katılmak,

6- Araştırma metodları ve yeni uygulamalar hakkında bilgi sahibi olarak Acil Tıp yönetim ve eğitimine katkıda bulunmak.

Uzmanlık eğitim programı içeriği: Program aşağıdaki alanlarda akut ve acil bakımla ilgili teorik ve pratik eğitim kapsamalıdır.

- a- Batın ve sindirim sistemi hastalıkları
- b- Kalp ve damar hastalıkları
- c- Deri hastalıkları
- d- Endokrin, metabolik ve beslenme bozuklukları
- e- Çevresel hastalıklar
- f- Baş ve boyun hastalıkları
- g- Kan hastalıkları
- h- Bağışıklık sistemi hastalıkları
- i- Enfeksiyon hastalıkları
- j- İskelet ve kas sistemi hastalıkları
- k- Sinir sistemi hastalıkları
- l- Doğum ve gebelik hastalıkları
- m- Çocuk hastalıkları
- n- Psikolojik ve davranış bozuklukları
- o- Böbrek hastalıkları
- p- Göğüs hastalıkları
- r- Toksikoloji ve klinik farmakoloji
- s- Travmatik bozukluklar
- t- Ürogenital ve jinekolojik bozukluklar
- u- Acil Tıbbın yönetimi
- v- Acil Tıbbi hizmetler (112/EMS)
- y- Semptom/belirtiler
- z- Müdahaleler/girişimler

Girişim ve resüsitatif müdahaleler:

Acil Tıp Uzmanlık Eğitiminde tüm acil durumlarda etkili ve yaşam kurtarıcı müdahale kararını verip uygulayan hekimler yetiştirilmektedir. Örneğin her acil tıp asistanı her yaş grubunda her tip majör resüsitasyonu yönetebilmek, anstabil hastaları mönitörize edebilmek, invaziv girişimleri uygulayabilmek için yeterli fırsata sahip olmalıdır. Majör resüsitasyon; tedavi ve stabilizasyon için gerekli olan invaziv girişimler (periferik ve santral damar yolu, CVP kateterizasyonu, entübasyon) intravenöz ilaçlar (trombolitikler, vazopressörler), şok tedavisi kardiyak pacemaker, defibrilasyon gibi majör girişimleri içeren ve uzun süreli yakın gözleme ihtiyaç duyulan resüsitasyondur. Acil tıp asistanı bebek ve çocuklarda uygun kararı verebilme ve resüsitasyonu yönetebilme yetkisine de sahip olmalıdır.

Asistan karnesinde resüsitasyon sırasında yardımcı/yönetici olarak çalıştığını, yapılan işlemin türünü, hastaların yaşı, tanısını ve bulgularını gösteren bir kayıt tutmalıdır. Her resüsitasyonda sadece bir asistan yönetici olmalıdır. Bu kayıtlar (örn. karne) program yöneticisi tarafından denetlenmeli ve Asistanlık Denetim Kurulu buna ilişkin bilgi edinmelidir.

Rotasyonlar: 2016 yılında 727 nolu TUK kararıyla kabul edilen rotasyonlar Tablo 2'de belirtilmiştir. Bunun yanında 2011 yılında alınan karar ile Genel Cerrahi ve İç Hst. uzmanları için toplam 9 ay olacak şekilde rotasyon çizelgeleri de mevcuttur, ancak ülkemizde pratikte uygulanmamıştır.

Tıp fakültelerinde son yıllarda acil tıp kritik bir noktada sisteme katkı vermeye başlamıştır. Birçok tıp fakültesinde dekan ve dekan yardımcısı, intern hekim sorumluluğu gibi önemli görevlerde acil tıp uzmanları bulunmaktadır. Belki daha önemlisi, tüm fakültelerde **intern hekim adaylarının** memnuniyetlerinin en fazla olduğu klinik değişmez şekilde acil tıptır.

Konsültasyon-liyezon bağlamında da acil tıp en kilit noktadadır. Acildeki **hastaların yaklaşık 1/3'ünde diğer branşlardan konsültasyon istenmekte**, danışma ve işbirliği ile hastalar sonuçlandırılmaktadır. Hastaların büyük bölümünün mesai dışı saatlerde ve tatillerde başvuruyor olması ve o zaman diliminde hastanede bulunan hekim sayısının minimal düzeyde olması bu konuda yaşanan zorlukları ortaya koyabilir. Diğer kliniklerle tartışmasız en fazla interaksyonu bulunan branş olarak, hastayı hızla sonuçlandırmak, hata yapmamak, tanı atlamamak, fakat acilde en kısa sürede hastanın işini sonuçlandırma gibi karmaşık süreçleri bir arada çözmek durumundayız. Büyük oranda konsültasyonlar icapçı hekimlerle iletişim kurularak çözülmek durumundadır. **İcapçı hekimliğin** yetki ve sorumluluklarının 'pratikte' belirsizlikler içermesi hem hastayı hem de hasta ile doğrudan temasta olan acil tıpçıları baskı altına sokmaktadır. Önümüzdeki dönemde acillerde konsültasyon görevinde bulunan branşlarla bu konuya odaklanan çalıştaylar ile ortak akıl oluşturulup çözümlere gidilmesi gerekecektir.

Acil tıp eğitiminde hastaya gerekli olan tanı ve tedavi girişimlerinin minimal düzeyde tutulması

(**bedel etkinlik**) üzerinde eğitim alınsa, bu öncelikli tutulmaya çalışılsa da, memnuniyet beklentisi ve konsültasyonların etkisi ile **MR-BT gibi incelemelerde ülkemiz –maalesef-rekortmen** konuma hızla yükselmiştir. Bu konuda tüm sağlık camiası ve halkın eğitimi önümüzdeki önemde daha ön planda olacaktır. Bu şekilde **gereksiz radyasyon alımı, acil serviste gereğinden daha uzun siredede kalmak, kaynakların yanlış kullanımı** gibi ek sorunlar da çözülebilecektir.

İlk yardım eğitimlerinin topluma kazandırılması da acil tıp uzmanlığı ile farklılaşmıştır. Çünkü, **“zincir en zayıf halkası kadar güçlüdür”**. Gelişmiş ülkeler bir çok sağlık sorununa, örneğin **kardiyak arrest sonrası yüksek ölüm oranına** uzun vadede sağlıkçıların yanında halkı eğiterek çözüm bulmuştur. Ülke çapında 1960'lardan sonraki organize olmayan çabalardan sonra 1990'lardan beri acil tıp ile ilişkili uzmanlık dernekleri, sivil toplum kuruluşları, odalar ve devlet halkın ve sağlıkçıların eğitimi için kurslar düzenlemiş ve yayınlar yapmıştır. **2004'te çıkarılan ilk yardım yönetmeliği** ile hızla artan ilk yardım eğitimleri, işyerlerinde belli oranda ilk yardım eğitimi almış çalışan bulundurma zorunluluğu somut ilerlemelerdir. Ancak bunun yeterli olduğunu söylemek için henüz erkendir.

Acil tıp alanında hastaya yapılan müdahaleler ve acil servisin genel organizasyonu ekip halinde başarılabilecek konulardır. Son 15 yıl içinde **“acil servis hemşireliği”** alanında eğitim ve sertifikasyonunun başlatılmış olması olumludur, ancak hedef kitlenin çok azını

kapsayabilmektedir. **Paramedik** hizmetlerinin ambulanslarda yaşamsal önemde olması bilinmekle birlikte bu alanda eğitim görenlerin atanma ve özlük hakları sorunları tam olarak çözülememiştir. Sektörde bulunan açık daha çok **Acil Tıp Teknisyenleri** ile karşılanmaya çalışılmaktadır. Müdahalelerdeki yetki ve sorumluluk sınırları da netleştirilmelidir.

Bunların yanında 26 yıl içinde ülkemizde sağlık alanındaki değişiklikler de acil tıbbın konumuna yansımıştır. **Yılda kişi başı 1.5'e kadar çıkan hastane başvuruları %30 ila 40 oranında doğrudan acil servislere yapılmaktadır** (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*). Primer bakım kuruluşları ve branş polikliniklerinin yetmediği noktada tek çıkış yolu olan acil servis başvuruları sistemin her açığını kapatan bir joker konumundadır. Günde bakılacak hasta sınırının olmaması, yatak sorunu, diğer kliniklerin **hasta sahiplenmelerindeki -sistemik- zorlamalarla birleştiğinde yeşil alan kuyrukları uzamakta, yükselen gerilim tek suçlu olarak acil çalışanlarını bulmaktadır. Hasta memnuniyeti beklentisi makul ve bilimsel yaklaşım ile karşılanması zor noktaya geldiğinde fiziksel alan ve görevlilerin insani çalışma sınırları aşılabilmektedir.** İstifa, yurt dışına çıkma ve başka işe geçme oranları artmıştır.

Malpraktis davaları ve hasta/yakınından kaynaklanan şiddet acil çalışanlarının önünde ciddi bir tehdit ve motivasyon kırıcı bir olumsuzluktur. Yıllar içinde nicel ve nitel artışı

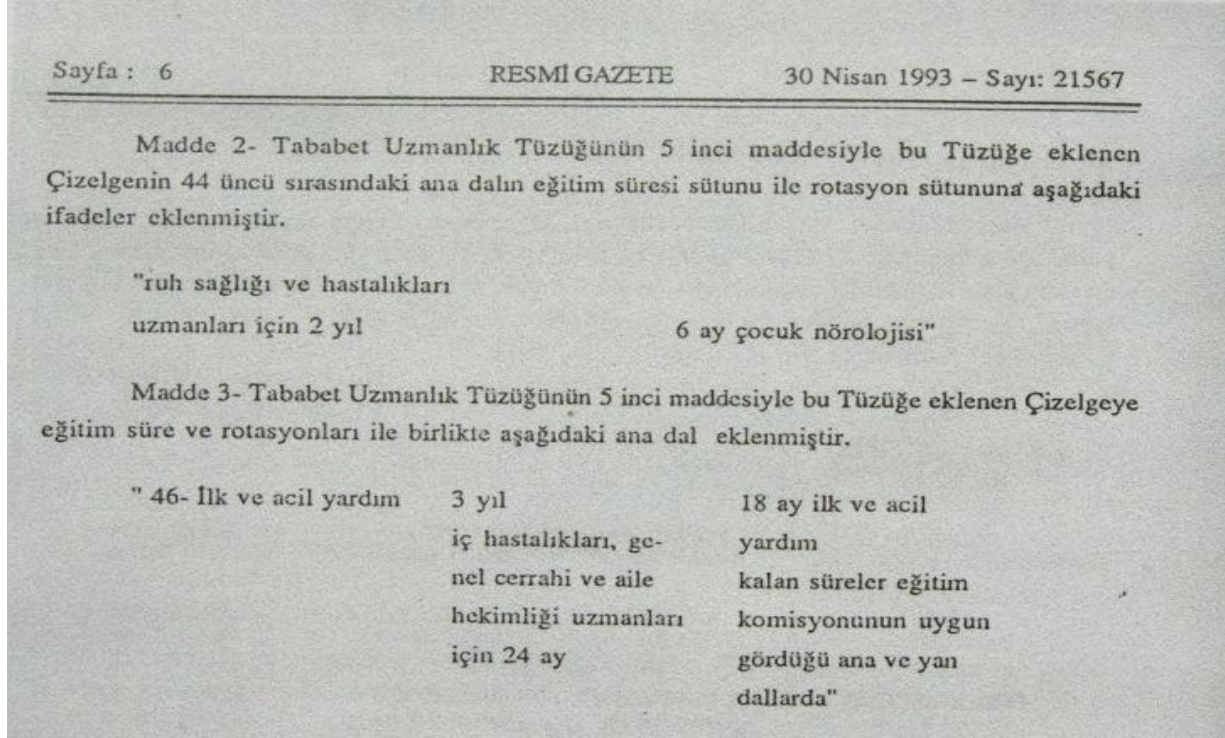
net olarak görülen bu konu adalet camiası, sağlık görevlileri ve sivil toplum kuruluşları ile halkın ortak çalışması ile hafifletilebilir. Sağlıkçılar ile halkın bu noktada karşı karşıya gelmesi devletin üzerinde çalışması, odaklanması gereken bir sorun alanıdır.

JADEM, ülkemizde afet ve acil tıp konularında yeni bir perde açmayı hedeflemektedir. Dergide yayınlanacak yazıların güncel tıp pratiğine uygunlukları acil tıp uzman ve öğretim üyelerince denetlenip edisyonları yapılmaktadır. Konular travmadan resüsitasyona, toksikolojiden acil görüntülemeye, kardiyak acillerden hastane öncesine, kritik bakıma kadar acil tıbbın hemen her alanına uzanmaktadır.

Unutulmamalıdır ki acil tıp sadece acil tıpçıların değildir. İşbirliği halinde sorunlara çözüm bulunulabilir, hem hizmet hem de eğitim alanında karşılaşılan sorunlara ortak akıl ile çağdaş yaklaşımlar geliştirilebilir.



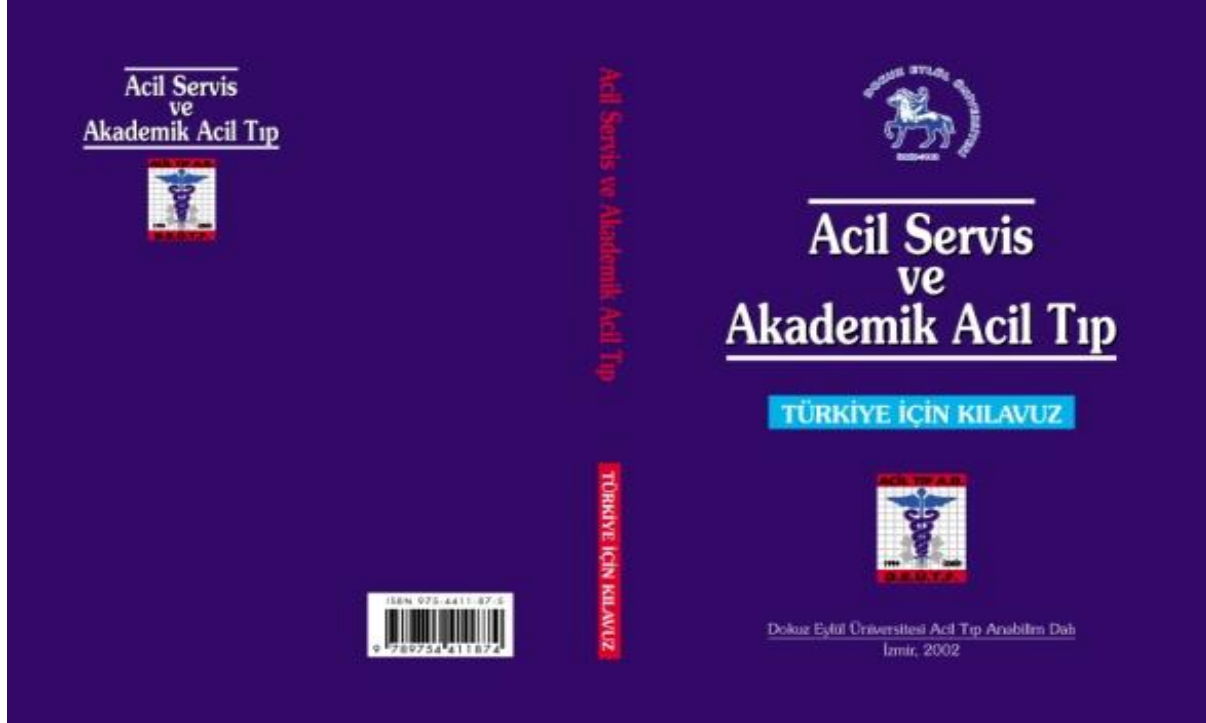
Şekil 8. 1994'te John Fowler ve ilk acil tıp asistanları DEÜTF hastanesinde.



Şekil 5. 30 Nisan 1993'te İlk ve Acil Yardım Uzmanlığı Bakanlar Kurulu kararıyla kabul edilmiş ve Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Belirtilen rotasyon süreleri daha sonra değiştirilmiştir.

Tablo 2. Acil Tıp Uzmanlık eğitiminde TUK kararıyla kabul edilen son rotasyon programı.

Branş	Rotasyon süresi (ay)	Önerilen uzmanlık eğitimi yılı
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	1	1
Genel Cerrahi	1	1
İç Hastalıkları	1	1
Kardiyoloji	1	1
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	2	2
Kadın Hastalıkları ve Doğum	1	2
Nöroloji veya Göğüs Hastalıkları	1	2
Ortopedi ve Travmatoloji veya Radyoloji	1	2



Şekil 6. “Acil Servis ve Akademik Acil Tıp” Ülkemizde ISBN sayılı ve bandrollü ilk acil tıp kitabı, 2002’de DEU yayınları tarafından çıkarıldı. Kitap aynı zamanda, tüm uzmanlık dalları içinde, dalın sınırlarını çizen, asistan eğitimi içeriğini, teorik ve pratik konu kapsamalarını, rotasyon hedeflerini, girişimleri, hasta bakım konularını içeren ilk kitaptır.



Şekil 7A ve B. Mart 2005’te PennState Üniversitesi- DEUTF işbirliği ile, Prof. James C. Holliman ve Özgür Karcioğlu öncülüğünde düzenlenen “Acil Travma Bakım Kursu”nda çekilen fotoğraflar (İzmir).



Şekil 9. 1998, ülkemizdeki az sayıdaki acil tıp asistanının fotoğrafları, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı,

Kaynaklar

1.Karcioğlu Ö., Çete Y, Atilla R, Çevik AA. Acil Tıp Uzmanlığı: Ne, Kim, Nasıl? Acil servis ve akademik acil tıp: Türkiye için kılavuz, İzmir, Dokuz Eylül Üniv. Rektörlük Matbaası, sf. 34-113 (2002).

2.ACEP's 50th Anniversary. URL:

<https://www.acep.org/who-we-are/50Years/>

Accessed: 1st March, 2020.

3.EUSEM: About Us. URL:

<https://eusem.org/about-us>

March, 2020.

Accessed: 1st

AFET VE ACİL TIP ASİSTANLIĞI**DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE RESIDENT****Dr. Öğr. Üyesi Barış Murat AYWACI****AFET VE ACİL TIP ASİSTANLIĞI****DISASTER AND EMERGENCY MEDICINE RESIDENT****Dr. Öğr. Üyesi Barış Murat AYWACI****OZ**

Bu çalışmada bir acil tıp asistanın gözünden ilk afet görevi ve karşılaştığı duygu durumu anlatılmıştır.

Anahtar kelimeler: Afet, Acil Tıp Asistanı

ABSTRACT

In this study, the first disaster task and emotion faced by an emergency medicine resident are explained.

Key words: Disaster, Emergency Medicine Resident

İnsanoğlunun nedendir bilinmez içinde bulunduğu zamanları hep "en zor " olarak tanımlar. Zaman geçtikçe edinilen tecrübeler ve sahip olunan yaşanmışlıklar ile o "en zor" zamanlar "gerçek zorluklar" ile kıyaslandığında zihnimizin dolaplarında artık daha kolay bir klasöre atanır.

Her insanın özel hayatı kadar meslek hayatı da aynı şekilde işlem görür. Asistanlığın ilk günlerinden itibaren de bu durum bir acil tıp asistanı için de böyledir. Mecburi hizmetinden yeni gelmiş bir süre "zor" geçen pratisyen hekimliğini tamamlamış, artık bir acil tıp kliniğinde, uzmanlığını tamamlama amacına sahip gencecik ve hayat dolu bir birey. Asistanlığın ilk ayları ile birlikte karşısına çıkan "zor"luklar, hastaları ile ilgili endişeleri, savaşmak zorunda kaldığı kendine ait sağlık sorunları, yaşam "zor"lukları, tükenmişlik sendromu denizi kumsalında yürünen aylar, yıllar, arada bu "zor" asistanlık sürecinden

kendini kurtarma düşüncesiyle yazılan dilekçeler, talepler, nöbetler, nöbetler, nöbetler...

"Zor"lu eğitim süreci içinde nöbet sonraları girilen eğitim toplantıları, nöbet önceleri hazırlanan sunumlar... Oldukça geniş ve kapsamlı ve "zor" bir müfredat acil tıp asistanını bekler. Karşılaştığı ilk hastadan itibaren kendisini öğrenmek zorunda hissettiği hastalık çeşitliliği biraz da yoğun bir hastanede çalışıyor ise bu "zor"lu sürece katkı sunmaya devam eder. Asistan okudukça semptom bazlı hastada düşünmesi gereken ayırıcı tanı havuzunun içinde algoritmalar ile ayakta durarak doğru tanıya koşmaya çalışır.

Bir zaman olur. O zamana kadar aslında hep duyduğu ancak hastanesinin içinde güven ile çalışırken gerek duymadığı, aslında elinin altında duran tüm rehber niteliğindeki kitaplarda en az bir konu başlığı olarak yer alan bölüm karşısına çıkmıştır. Bir afet olmuştur...

Bir acil tıp asistanı olarak "zor" bir nöbette, kırmızı alanda çalışırken, çalan oda telefonum ile afet ile tanışıklığım başladı. Arayan Acil Tıp Klinik Şefimiz Prof. Dr. Doğan Niyazi Özüçelik'ti. Van'da bir deprem olmuş, haber kanalları son dakika olarak bilgileri aktarıyordu. UMKE olarak İstanbul'dan bir sağlık ekibi Van'a gönderilecekti. Klinik Şefim ekibe katılmamın uygun olacağı kanaatindeydi ancak bu işte "gönüllülük" esasının olduğunu da anımsamamı istedi. Ne olabilir di ki? İstanbul'un bölge hastanesi olarak adlandırılacak bir hastanesi olan Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde orta kıdemli

bir acil tıp asistanıydım. "Zor"lu vakalar ile ekipçe baş edebiliyorduk. Orada da hastalarımıza bakacaktık. İşim aynı, görev tanımım aynı, sadece yerleşkem farklı olacaktı. Ama durum aslında pek öyle değildi.

Kaç gün kalırız diye sorduğumda hocam bana 4-5 gün kalacağımızı söyledi. Eve gitmemi, çantamı hazırlamamı ve havalimanına gelerek uçağa yetişmemi istedi. Eve geldim, UMKE formamı giydim, çantamı bana belirtilen süre için uygun olacak şekilde UMKE temel modül eğitimlerinden öğrendiğim şekilde düzenledim ve havalimanına yetiştim. Bana göre oldukça uzun bir uçuş sonrası Van Ferit Melen Havalimanı'na indik, oradan otobüslerle depremin merkez üssü olan Erciş'e geçtik. Hava artık çoktan kararmıştı. "Zor"lu yolculuğumuz bitmişti artık hastanemizi kurmalıydık, etraf karanlıktı ve görülen pek bir şey yoktu...

Sabah oldu, ekip olarak hastane için çalışmalarımızı tamamlamak üzereydik, herkes hep birlikte görev tanımı gözetmeksizin harika bir imece ve harmoni içerisinde çalışıyordu. "Bu iş benim işim değil" kavramı ortadan kalkmış yerini "ne yapmamız gerek, bekleyen iş ne var?" sorusuna bırakmıştı. Kalabalık sağlık ekibinin görev tanımları hocamız tarafından belirlendi ve acil tıp uzmanları ekip liderleri olarak atandı.

Çok büyük bir sorumluluktuk. Beraber çalışılan diğer branşlara mensup diğer uzman arkadaşlarımızla birlikte gelen hastaları multidisipliner değerlendirebiliyorduk. Gelen kritik hastalar için bir acil tıp, bir anestezi, bir göğüs cerrahi, bir genel cerrahi, bir ortopedi, bir plastik cerrahi, bir kalp damar cerrahi uzmanının aynı anda hasta başında olduğunu hasta hakkında öneriler sunduğunu ancak son karar ve sorumluluğun tamamen acil tıp uzmanında olduğu bir sistemde çalıştık. Hasta sayısı çalışmakta olduğum acil tıp kliniğinden azdı. Diğer acil tıp uzmanları ile beraber nöbetleşe ekipler olarak çalışıyorduk. Nöbetten arda kalan zamanlarda çadırlarımızı düzenliyor koşulları en iyi şekile getirmeye çalışıyorduk. Telsizler ile haberleşiyor ve kritik hasta gelmeden önce hazırlıklarımızı tamamlayabiliyorduk. Adımız sahra hastanesi idi ama kadın doğumundan, plastik cerrahisine kadar her branş ile aktif olarak birlikteliğimiz 7/24 devam ediyordu (Şekil 1).

İkinci günün sabahında nöbetimin olmadığı bir an, alanda enkazda tıbbi yardım gereken bir durum olduğuna dair bir anons ile alan ekiplerinden birine dahil oldum. Araç ilçe periferinden merkeze doğru yol almaya başlamıştı. Yıkılmış onlarca bina ile karşı karşıya kaldığım o anı unutamıyorum. Kulağıma gelen ağıt sesleri, enkazların başında uzaktan yapılan işlemleri izleyen ve yakınlarına dair bir ses duymayı umut içinde bekleyen o sessiz kalabalık, enkazlar nedeniyle araçların giremediği yollar, tüm bunlara rağmen etrafta oyun oynayan çocuklar bizi karşılamıştı. Bindiğim aracın camında donup kalmıştım. Orası benim hastanem değildi artık alandaydım. Yollar arasında araç ile hızla hareket etmek imkansızdı. Yollar evi yok olan insanlarla dolmuş taşmıştı. Bilinmeyen bir bölgede hedefe ulaşmaya çalışıyorduk ancak verilen tarifler ile yolları kullanabilmek mümkündü. Sözlü tariflerdeki binalar artık o köşelerde yoktu. Enkaz alanındaydık, kanım donmuştu. Afet ile yüzleşmem ilk olarak tam da bu andaydı (Şekil 1).

Zihin klasörlerimde "zor" olarak tanımladığım her dosya artık sınıf değiştirmeye başlamıştı bile. Endişelerim yerini üzüntüye bırakmıştı. Hayatın ince çizgi üzerindeki yerini yakından tecrübe etmiştim. Nöbet dışındaki gecelerde bile kesintisiz uyuyamıyor, sürekli artçı sarsıntılar ile uyanıyorduk. Çalışırken bazen dengemizi kaybedebileceğimiz kadar sallanıyorduk. Ama yardıma, gerçekten yardıma ihtiyacı olan insanlara, hastalara yardımcı olmanın, bir sağlık çalışanı olmanın, bir hekim olmanın haklı gurunu ve tarifsiz mutluluğunu da taşıyorduk.

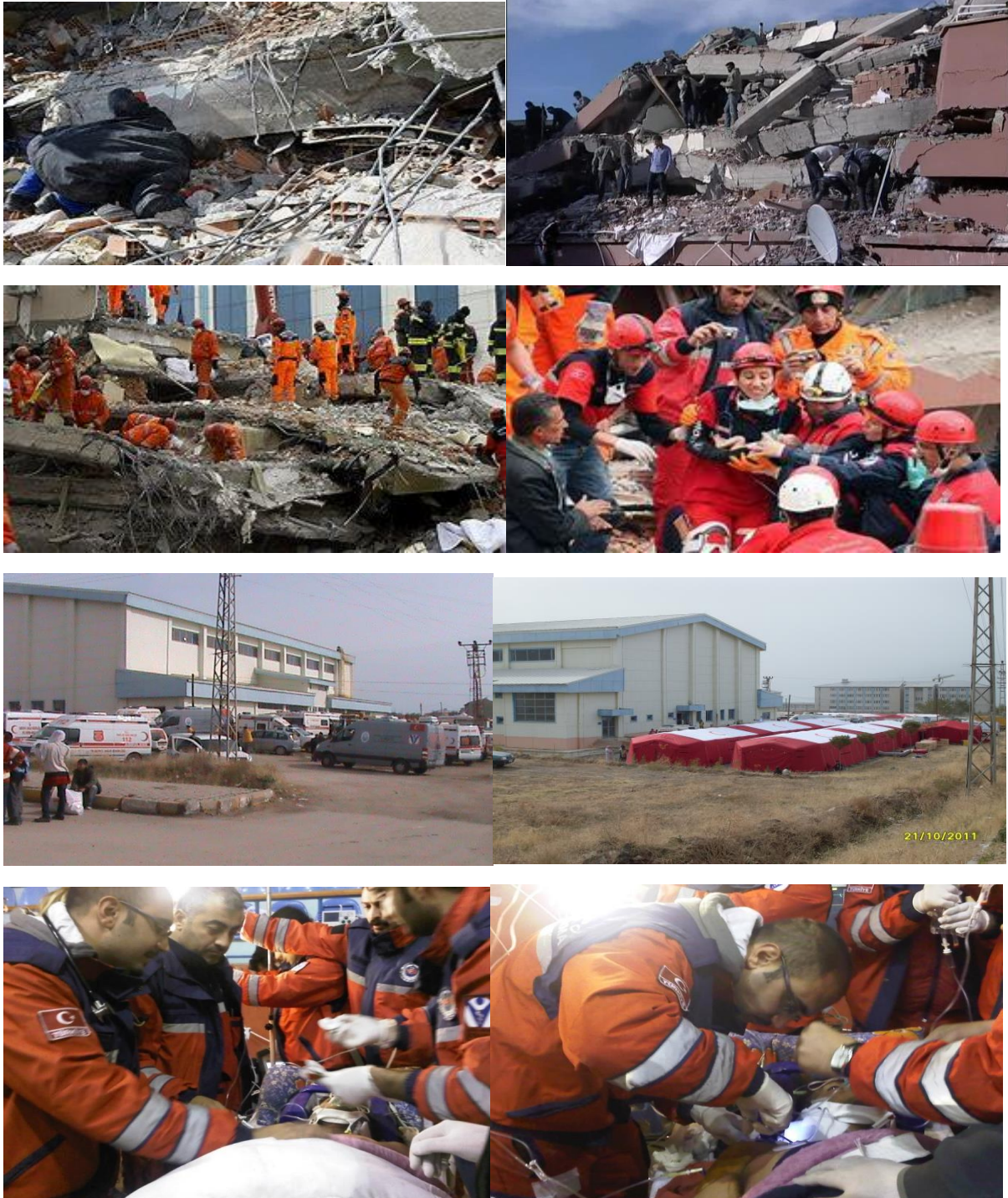
Günler yavaş ve unutulmaz tecrübelerle ilerliyordu. Günler sonra enkazdan çıkan mucize insanlara bakmaya başlamıştık. Muayene sırasında konuşabilecek kadar iyi durumda olanlar bile vardı. Günlerce karanlık, sessiz ve nefes alınması güç ortamlarda kalmışlardı. Ben merkezci olduğum düşünülen insanoğlu, bu anlarda sevdiklerini sorguluyordu. Evindeki eşini, bebeğini, annesini, babasını bize soruyorlardı. İnsan o en zor anında aslında kendini bile unutabiliyordu (Şekil 1).

Şehirlere nakil gereken vakaları helikopter ya da ambulanslarla taşıyorduk. Nakil için eşlik etmek durumunda kaldığımız kritik hastalarımız olmuştu. O sorumluluğun ne kadar büyük ve zorlu olduğunu asla unutmuyorum. Hep beraber çalıştığımız acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ne kadar zorlu ve saygı duyulması gereken bir iş yaptıklarını o gün bir kez daha anlamıştım.

Yaklaşık 11 gün geçmişti gelişimizin üzerinden. Yeni bir ekip yönlendirildiği ve gelmek üzere olduğu haberi ulaşmıştı. Kitapta hep sona sakladığım o bölümü başıma gelince sonuna kadar okumak ihtiyacı hissetmiştim. Hayat için daha farklı gözlüklerim vardı artık. Zihin klasörlerimi yenilemişim. Enkazlar arasından geçerken, enkaz üzerine çıktığımda düşündüklerimi, tarifine kelimelerin yeterli olamayacağı insanlık manzaralarını aklımın ceplerine doldurarak Van-Erciş'ten İstanbul'a yola çıktık (Şekil 2).

Ben bir acil tıp uzmanıyım. Branşım ile gurur duyan, mesleğinden memnun, insanlara gerçekten tam da ihtiyaçları olduğu anda yardımcı olabildiğimi görmenin ayrıcalığını taşıyan bir hekimim. Ve eminim ki her acil tıp asistanı bu hissi biliyor, yaşıyor ve yaşamaya devam ediyor...

Acil tıp... İyi ki varsın...



Şekil 1: 2011 Van-Erciş Depremi yıkılan binalar, yakınlarına ulaşmaya çalışan insanlar, kurtarma personelinin zamanla yarışı ve hepimiz için umut olan Azra bebeğin kurtarılışı, spor salonu ve kurulan sahra hastaneleri, 100 saat sonra kurtarılan Ferhat ve İmdat adlı kazazedelerin sahra hastanesindeki acil stabilizasyonları



Şekil 2: 2011 Van-Erciş Depremi dönüşü Atatürk Havalimanı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünün İstanbul UMKE ekibini teşekkür ve çiçeklerle karşıla

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE PARAMEDİK MESLEĞİNİN GELİŞİMİ

THE DEVELOPMENT OF THE PARAMEDIC PROFESSION IN THE WORLD AND TURKEY

Pamedik Tarık BALCI

ÖZ

Bu yazıda paramedik mesleğinin dünyada ve ülkemizdeki gelişimi özetlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Pramedik,

ABSTRACT

In this article, the development of the paramedic profession in the world and in our country is summarized.

Key words: Paramedic

Paramedik mesleği Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmıştır.1. ve 2. Dünya Savaşları, Kore ve Vietnam Savaşlarında bu ülkenin yaşadığı askeri tecrübeler; yaralıların süratle kesin tedavinin yapılacağı birimlere ulaştırılmaları ve tahliye boyunca hayat kurtarıcı müdahalelerin yapılmasının sağ kalıma çok büyük katkı yaptığını göstermiştir.

Bu tecrübeler ışığında sivil ortamda, özellikle trafik kazalarında yaşanan ölümlerin azaltılması amacıyla çalışmalar

başlatılmıştır.1966 yılına Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi'nin travmayı modern toplumların göz ardı edilmiş hastalığı olarak nitelendiren raporundan sonra aynı yıl çıkarılan Ulusal Karayolu Güvenliği yasası ile Ulaştırma Bakanlığı'ndan eyaletlerin ambulans sistemleri oluşturmaları ve standardizasyona gitmeleri istenmiştir. Bu tarihlerde farklı eyaletlerde bağımsız olarak başlatılan paramedik eğitimleri 1973 yılında çıkarılan Acil Sağlık Hizmetleri Sistemi Yasası ile standardizasyona kavuşturulmuştur.

ABD'nde ilk standart paramedik kursu 1977'de, ilk ATT kursu da 1984'de verilmiştir.1971-1978 yılları arasında ABD televizyonlarında gösterilen ve Los Angeles İtfaiyesine bağlı olarak çalışan iki paramediğin öyküsünü anlatan "Emergency" dizisi Amerikan toplumu içerisinde paramediklerin profesyonel bir meslek olarak kabul edilmelerini ve talep görmelerini sağlamıştır.

Günümüzde ABD'nde paramedik eğitimleri 1998 yılında güncellenen standart müfredat gereği ATT eğitimlerinin ardından minimum 1.100 saat süren programlar halinde

sunulmakta ve programa katılanlar bitirme sınavlarını başarıyla tamamlamaları halinde, her 2-3 yılda bir hizmet içi eğitim ve sınavlarla yenilemeleri gereken sertifikalarını almaya hak kazanmaktadırlar.

Paramedik eğitimin başlaması ve gelişmesi daha çok ABD üzerinde yoğunlaşsa da, Kanada'da sistem olarak oturmuş ve 1970'lerin başından günümüze kadar sistem devamlı olarak gelişmiştir. Kanada en az 2 yıllık bir programı içine alan ve paramedik gelişimini üst seviyede tutan programlar geliştirmiştir. 1980'li yıllarda kolejler üzerinden kademeli paramedik eğitime geçiş yapıldı ve rütbelendirme süreçleri belirlendir. Günümüzde Paramedik, İleri Paramedik, Kritik Hastaya Müdahale Paramedikleri, Uçuş Paramedikleri ve Toplum Paramedikleri olmak üzere çeşitli rütbelerde mesleğini icra eden paramedikler bulunmaktadır (Şekil 1). Kanada paramediklerin görev tanımlarını standart olarak geliştiren ve sistem olarak tam anlamı ile hastane öncesi acil bakım hizmetleri standartları oluşturulmuş bir ülkedir.

Birleşik Krallıkta ise Paramedikler 1970'li yılların başlarından itibaren ambulanslarda ve acillerde görev yapmışlardır. Ülkede paramedik eğitimi standart olarak 2 yıllık ve 4 yıllık programlarla gelişerek günümüze kadar gelmiştir. Hastane öncesi acil bakım hizmetlerinin vazgeçilmez unsuru olarak görev yapmakla beraber acil servis görevinde yürütmektedirler. Paramedikler Birleşik Krallıkta rütbelendirme ile görev yapmaktadırlar, standart paramedikler, kritik bakım paramedikleri, ileri düzey paramedikler

bulunmaktadır. İleri düzey paramediklerin bazı bölgelerde reçete yazma yetkileri dahi bulunmaktadır.

ÜLKEMİZDE PARAMEDİK MESLEĞİNİN GELİŞİMİ

1950 ve 1960'lı yıllarda kara yollarının yapılmasıyla ülkemizde de motorlu taşıt kazaları olmaya başladı. Ambulans ve Acil Sağlık Sistemi'mizin yetersiz olması ölümlere ve yaralıların engelli olmasına sebep olmuştur.

Ayrıca 1974 Kıbrıs Harekatı'nın da deneyimlenen sağlıkla ilgili tecrübeler ne yazık ki o dönemde ekonomik ve önemsenmeme nedenlerinden dolayı sivil yaşama yansıtılamamıştır.

1980'li yıllara kadar hastane acil servisleri nüfus artışının fazla olması, kazaların artması nedeniyle yetersiz kalmıştır.

Dünyada olan gelişmeler ve hizmet alanından halkın beklentilerinin artması ile birlikte, hizmet alanında yeni çalışmalar yapılmasını gerekli kılmış, 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi bünyesinde Hızır Acil Servis uygulaması başlatılmıştır.

Daha sonra diğer büyük illere de uygulama yayılmış, "077" kısa numarası ile verilen hizmet bir türlü dünya standartlarına ulaştırılamamış ve sıkça tartışma konusu olmuştur. 1983 yılında çıkarılan 2918 no.lu Trafik Kanunu ile karayollarında ve şehirlerde ambulans hizmetlerinin tanımlanması ile gerçekleşti. Bu kanunla şehirlerarası yollardaki sağlık hizmetleri Sağlık

Bakanlığı'na şehir içinde ise belediyelere verildi. Acil yardıma telefonla ulaşabilmek için 077 Hızır Acil Servis Numarası belirlendi. 1986 yılında "İlk ve Acil Yardım Eğitim Merkezi Başkanlığı" Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nde ilk kez acil tıp sistemi ile ilgili hizmet vermeye başladı.

Ülkemizde ambulans hizmetlerinin düzenlenmesinin ilk adımı 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi bünyesinde başlatılan Hızır Acil Servis ile atılmıştır. Hastane öncesi acil bakımda ki hızlı gelişmeye paralel olarak bu alandaki en önemli eksik insan gücü olarak ortaya çıkmıştır.

1990 yılında zamanın Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Namık ÇEVİK ve Yüksekokul müdürü Prof. Dr. Necla ÇEVİK tarafından Türkiye'de paramedik okulunun kurulabilmesi için Kanada Cambrian College ile bir proje başlatıldı. Paramedik Programı Kurucu Rektörü, Prof.Dr. Namık ÇEVİK ve Kurucu Müdür Prof.Dr. Necla ÇEVİK 1992 yılında proje hazırlayarak Paramedik programın temellerini atmışlardır.

Proje tamamlandıktan sonra program Prof.Dr.Necla ÇEVİK müdürlüğündeki Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda 1993 yılında başlatıldı. İlk yıl programa 15 öğrenci kabul edildi. Yıl 1994 ve Türkiye o yıllarda üniformaları belediye zabıtalarna benzeyen paramedikleri tanımaya başladı.

1995 yılında mezunlar ülkemizde çalışmaya başladılar. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi ve Ambulansı paramediklerin ilk çalışma yerlerindedir.

Mezun olan paramediklerden bazıları paramedik eğitiminde eğitmeni olarak görev almışlardır. Dokuz Eylül Üniversitesi'ni takiben 1994 yılında Ege Üniversitesi devamında da Atatürk, Pamukkale, Eskişehir Osmangazi, Çanakkale 18 Mart ve Samsun 19 Mayıs Üniversitelerinde paramedik eğitimine başlanmıştır. Günümüzde 128 üniversitede (Devlet, Vakıf, İkinci Öğretim ve Kıbrıs) İlk ve Acil Yardım Teknikerliği (Paramedik) programında eğitim faaliyetleri devam etmektedir.

Mesleğin ilk yıllarında, paramediklerin doğrudan kamusal alanda istihdamlarının sağlanmaması ve henüz ülkede çok iyi tanınmamalarının da etkisiyle özel sektör iş alanlarının da kısıtlı olması önemli istihdam sorunları oluşturmuş ve paramedikler uzun yıllar iş bulma kaygısı yaşamışlardır.

Bu süreçte paramedikler mesleklerini özel sektörde icra ederken 1999 büyük Marmara depreminin olması ülkemizde hastane öncesi acil bakım hizmetlerinin ne kadar önemli olduğunun hatırlanmasını sağlamıştır. Halkın eğitilmesi, ilkyardım eğitimleri, sağlık personellerinin eğitim ihtiyaçları ve hasta yaralıların hastaneye nakilleri konusunu ön plana çıkarmıştır (Şekil 1). Özel sektörde çalışan paramedikler çalıştıkları alanda ön plana çıkmaya başlamışlardır. Bu durum özellikle 2000 li yılların başlarında Sağlık Bakanlığı'nın dikkatini çekmeye başlamıştır. 2002 yılında kurulan Paramedik Derneği'nin ve Türkiye Acil Tıp Derneği'nin katkılarıyla Sağlık Bakanlığı ile olumlu görüşmeler yapılmıştır. 2003 yılında MEB tarafından yapılan bir alan sınavı (mesleki

sınav) ile paramedikler kamuya alım için ilk adımı atmışlardır.

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın başlatmış olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan hekimlerin, aile hekimliği sistemine çekilmesi sonrası, 112 Acil Sağlık İstasyonlarında paramedik kadroları açılmış ve 2004 yılının başında 500 kişilik paramedik alımı yapılmıştır.

Paramediklerin sisteme girmeleri ile birlikte, bu sefer ki kaygı paramediklerin rol ve sorumluluklarını yerine getirememeleri olmuştur. Çünkü Türk Sağlık sisteminde acil tıbbi girişim ve ilaç kullanımı gibi uygulamalar sadece hekimlerin rol ve sorumlulukları içerisinde tanımlanan görevlerdi.

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 7. Maddesinde 2005 yılında yapılan değişiklikle birlikte, ***“(Ek fıkra a: 21/6/2005 – 5371/ 7 md.) Acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak ve Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmeliğinde belirtilmek kaydıyla acil tıp teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri hastaya müdahale edebilir, bu hususta lazım gelen iş ve işlemleri yapabilirler. Hastane öncesi acil tıbbi yardım veren personel özel tip kıyafet giyer”*** paramedikler kendi rol ve sorumluluklarını ambulans hizmetlerinde yapabilir hale geldiler. Ancak bu seferde Sağlık Bakanlığı'nda istihdam edilen paramediklerin önemli bir kısmının ambulans sürücülüğü görevini de sürdürmeleri, sadece

acil tıp teknisyeni ve paramediklerden oluşan ambulans ekiplerinde yeni rol ve sorumluluk tartışmalarına neden oldu. Dünya örneklerinde ambulans ekibinde mesleki eğitim olarak daha üst düzey olan personel ambulans kabininde görev yaparken, Türkiye'de tam tersi bir durum ortaya çıktı. Paramedikler ambulans sürücülüğü yaparken, acil tıp teknisyenlerinin transport sırasında tek başına hasta kabininde hastaya müdahale etmeleri gibi fiili bir durum ortaya çıktı. Bunun üzerine , ***“Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği” 7. Maddesinde yapılan değişiklik; “MADDE 7 – (1) Kara ambulanslarından; a) Acil yardım ambulanslarında en az bir hekim ve/veya ambulans ve acil bakım teknikeri ve bir sağlık personeli olmak üzere en az üç personel görev yapar, gerekiyorsa ekibe şoför eklenir. Hekim bulundurulmayan ambulanslarda hasta kabininde nakil esnasında hastaya müdahale etmek üzere görev yapan personelden en az biri ambulans ve acil bakım teknikeri olmak zorundadır”***, hekim bulunmayan ambulanslarda, paramediklerin ambulans kabininde görev yapmaları zorunlu hale getirildi. Bununla birlikte paramediklerin rol ve sorumluluklarını yerine getirmede kılavuz görevini gören tedavi protokollerinin yayınlanması ancak 2009 yılında ***“Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ”*** ile mümkün oldu.

Sağlık Bakanlığı ve Paramedik Derneği'nin yaptığı toplantı ve çalıştaylarda paramediklerin görev tanımlarına eklemeler yapılmasının şart olduğu ile getirildi. Bu çalışmaların neticesinde paramediklerin görev tanımlarına 2014 yılında yeni düzenlemeler ile eklemeler yapıldı.

Bu gelişmelerle birlikte ***Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik 22 Mayıs 2014 tarihli Resmi Gazetede*** yayımlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre paramedikler;

- a) İntravenöz ve intraosseöz girişim ile hastaneye ulaşıncaya kadar, Bakanlıkça belirlenen acil ilaçları ve sıvıları kullanır.
- b) Temel ve ileri hava yolu uygulamaları, endotrakeal entübasyon uygulaması, gerekli hallerde krikotirotomi ve oksijen uygulaması yapar.
- c) Travma stabilizasyonu, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyon, yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapar.
- ç) Hastanın nakle hazır hale gelmesini ve uygun taşıma teknikleri ile hastanın naklini sağlar.
- d) EKG çekimi ve ritim değerlendirmesi yapar, monitörizasyon, defibrilasyon, kardiyoversiyon, external pacemaker uygulaması gibi elektriksel tedavileri uygular.
- e) Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olur.
- f) Görevinin tüm aşamalarında haberleşme ağını doğru ve hızlı bir biçimde kullanır.
- g) Ambulansı teknik, tıbbi araç-gereç ve malzeme yönünden kullanıma hazır halde

bulundurur, zorunlu hallerde ambulans sürücülük görevi yapar.

Görev tanımlamalarının her 2 yılda bir güncelleneceği ilgili çalışmaların yapılacağı söyleneceği günümüze kadar bir değişiklik olmamıştır.

Ülkemizde hastane öncesi acil bakımda çalışan bir diğer meslek grubu Acil Tıp Teknisyenliği (ATT) Programı ise ilk olarak 1996 yılında Sağlık Meslek Liselerine öğrenci almaya başladı. 2017 yılında son mezunlarını verdi.

Günümüzde Paramediklerin beklentileri uluslararası standartların ülkemizde yer bulmasıdır. Bu yüzden Lisans Paramedik Programı, Hastane öncesi acil anabilim dalının açılması, paramediklerin rütbelendirilmesi, kamu ve özel sektörde yer alan ambulansların 2 veya 3 paramedikli sisteme geçmesi ivedilikle çözülmesi gereken konu başlıklarından bazılarıdır. Bir diğer çözülmesi gereken sorun ise Paramediklerin hastane öncesi acil bakım algoritmaları hala 2005 yılı kılavuzlarına göre hazırlanmış olup çok ciddi kafa karışıklıklarına neden olmaktadır.

Paramediklerin özlük haklarında yapılması gereken düzenleme ve yaptıkları iş nedeniyle tam anlamıyla çok tehlikeli iş statüsünde sayılması oldukça önemlidir. Ülkemizde Paramedikler 2004 yılından günümüze kadar yüklenmiş oldukları misyonlarını başarı ile gerçekleştirip acil sağlık sisteminde vazgeçilmez bir unsur olmuşlardır.

Kaynaklar:

1.Ferhat GÜL. Hastane Öncesi Acil Bakım ve Paramedik Mesleğinin Tarihsel Süreci ve Gelişimi.

<https://www.acilcalisanlari.com/hastane-oncesi-acil-bakim-ve-paramedik-mesleginin-tarihsel-sureci-ve-gelisimi.html>. Erişim:

20.04.2020

2. Dilek Yıldırım, Ebru Sarı, Seda Gündüz, Sadiye Yolcu Paramedik Eğitiminin Dünü ve Bugünü. Smyrna Tıp Dergisi. 2014;1:51-53.

3. [Paramedik](#).

<https://tr.qwe.wiki/wiki/Paramedic>. Erişim.

20.04.2020

4. National EMS scope of practice model.

<https://www.ems.gov/education/EMSScope.pdf>.

Erişim. 20.04.2020

5. Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının işve görev tanımlarına dair yönetmelik. Resmî Gazete Tarihi: 22.05.2014
Resmî Gazete Sayısı: 29007.

<https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.19696&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=SA%C4%9ELIK%20MESLEK>.

Erişim: 20.04.2020.



Şekil 1: Paramedikler dünyada ve ülkemizde kara ambulanslarında, helikopter ve uçak ambulanslarında, afetlerde ve halka ilk yardım eğitimlerinde görev yapmaktadırlar.

ACİL HEMŞİRELİĞİ EMERGENCY NURSING

Uz. Hmş. Serap ÇELİK

ÖZ

Bu çalışmada dünyada ve ülkemizdeki acil hemşireliğinin kısa tarihçesi özetlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Acil, Hemşire

ABSTRACT

In this study, a brief history of emergency nursing in the world and in our country is summarized.

Key words: Emergency, Nursing

Acil hemşireliği, profesyonel hemşirelik alanında, uzun süreli sakatlık veya ölümden kaçınmak için derhal tıbbi müdahale gerektiren hastaların bakımına odaklanan bir uzmanlık alanıdır. Aslında, acil servis hastalarının sadece küçük bir yüzdesi inme, kalp krizi veya büyük travma gibi acil durumlara sahiptir. Acil hemşireleri ayrıca akut alkol ve / veya ilaç zehirlenmesi, psikiyatrik ve davranış problemleri olan hastalara da bakım vermektedir. Acil hemşireleri, acil bakım merkezlerinde, spor sahalarında ve tıbbi nakliye uçaklarında ve kara ambulanslarında da çalışabilmelerine rağmen, en sık hastane acil servislerinde istihdam edilmektedir.¹

Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde hem akademik hem hizmet olarak ileri düzeyde bir uzmanlık alanı olarak nitelenen Acil hemşireliğinin tarihi 1800'lü yıllarda hastanelerin daha popüler hale gelmesiyle birlikte acil bakım hizmetlerindeki büyüme ile başladı. Acil servisin ilk gelişimine başlangıçta "İlk Yardım Odası" adı verildi. Başlangıçta,

hemşireler sadece yaralar sardı, göz merhemleri uyguladı, küçük yanıkları merhem ve bandajlarla tedavi ettiler ve soğuk algınlığı ve boğaz ağrısı gibi küçük hastalıkları olan hastaların bakım sürecine katıldılar. Giderek acil hasta sayısının artması ve triaj kavramının gelişmesiyle acil hemşireleri acil hasta triajında da aktif rol almaya başladılar.¹

Ülkemizde 1993 yılında başlayan Acil Tıp Uzmanlığı süreci sonrası Acil Tıp Teknikerliği ve Teknisyenliğinin hem hastane öncesi hem hastane sürecinde daha etkin hale gelmesiyle birlikte hastane Acil Servis Hemşireliği kavramı tartışılmaya başlanmış, işe yeni başlayan tecrübesiz hemşirelerin ilk iş deneyimlerini kazandığı ve sonrasında diğer servislere alındığı bir alandan daha ziyade bu alanda özel eğitim almış ve acil serviste devamlı çalışmayı isteyen gönüllü hemşirelerin tercih ettiği bir uzmanlık alanı olması gerektiği 2000'li yılların başında kabul edilmiş oldu.

T.C Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarının acil bakım ünitelerinde çalışan hemşire, sağlık memuru ve hemşirelik yetkisi almış ebelere yönelik 21 Aralık 2005 tarihinde yayınlanan Acil Bakım Hemşireliği Eğitim Programı Uygulama Yönergesi kapsamında alınan kararla, acil servis çalışanı ya da çalışacak hemşirelerin 3 haftası teorik, 2 haftası ise acil serviste uygulamalı eğitim şeklinde 5 haftalık eğitime katılması planlandı. Acil Bakım Hemşireliği Kursu, 26 Mayıs 2008 tarihi itibarı ile 8 ilde başladı (Şekil 1).²

Acil Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartları 04.02.2014 tarihli

ve 28903 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliğine göre sertifikalı eğitim alanı olarak belirlenmiş 23.01.2016 tarihli ve 86 sayılı oluru ile kabul edildi.³ Bu programda eğitim süresi, konuları ve süreçleri standart hale getirildi.

Bir taraftan T.C Sağlık Bakanlığı düzeyinde Acil Bakım Hemşireliği eğitim programları ile standartları ve eğitimleri belirlenirken diğer taraftan acil serviste çalışan hemşireler tarafından Türkiye’de acil hemşireliğini geliştirmek ve desteklemek ve ülkedeki tüm acil hemşirelerini bir araya toplamak amacıyla 22 Mart 2010 tarihinde kurulan Acil Hemşireleri Derneği ile de eğitimler verilmeye başlandı (Şekil 1).⁴

Yine son yıllarda Acil Hemşireliği’nin yükselen değerini anlayan bazı üniversiteler akademik anlamda da Acil Hemşireliği’nin önünü açmak ve desteklemek amacıyla yüksek lisans programları açmaya başladılar.⁵⁻⁷

Acil servis hızlı karar verilmesi ve uygulanması gereken dinamik bir alandır. Kalabalık, sıkıntılı ve ağır hastalar, hasta yakınları, alan darlığı gibi pek çok faktör acil servis iş yükünü ve stres yükünü arttıran nedenlerden bir kaçıdır. Bu stresle ancak bilgili, ekip ruhuna inanan, iletişim becerisi yüksek ve acil serviste çalışmayı seven hemşireler başa çıkabilir. Bu nedenle acil serviste çalışacak hemşirelerin mutlaka en az sertifika düzeyinde, acil servis sorumlularının ise en az yüksek lisans düzeyinde eğitim almaları ideal olmalıdır. Bu nedenle olabildiği kadar her iki alandaki eğitimlerin sayılarının artırılması, acil hemşireliğinin gelecekteki önünü daha da açacaktır. Daha ideali hemşirelik fakültelerinde bu uzmanlık alanının belirlenmesi ve eğitim sürecinin o yıllarda başlamasıdır.

Kaynaklar:

1. Acil hemşireliği. https://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_nursing. Erişim. 18.04.2020
2. Doç. Dr Cem OKTAY. Acil Bakım Hemşireliği Kursu. <https://www.medimagazin.com.tr/authors/cem-oktay/tr-acil-bakim-hemsireligi-kursu-72-50-1663.html>. Erişim. 18.04.2020
3. Acil Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartları. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. <https://www.saglikakademi.com/haber/acil-bakim-hemsireligi-sertifikali-egitim-programi-standartlari-hakkinda-1842020>. Erişim. 18.4.2020
4. Acil hemşireleri derneği. <https://ahemder.org.tr/>. Erişim 18.04.2020
5. Acil Hemşireliği. <https://yuklis.com/universiteler/izmir-katip-celebi-universitesi-yuksek-lisans-programlari/>. Erişim: 20.04.2020
6. Acil hemşireliği. <https://old.acibadem.edu.tr/saglik-bilimleri-enstitusu-acil-hemsireligi>. Erişim: 20.04.2020.
7. Acil Tıp Hemşireliği. <https://ubs.omu.edu.tr/ogrenci/ebp/organizasyon.aspx?kultur=tr-TR&Mod=2>. Erişim: 20.04.2020



Şekil 1: İzmir'deki 5.Acil Hemşireliği Kongresi eğitimlerinden bir kesit ve T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Bakım Hemşireliği tanıtımları

AFETLER VE SOSYAL HİZMET**DISASTERS AND SOCIAL WORK****Doç. Dr. Taner ARTAN*****Arş. Gör. Aydın Olcay ÖZKAN*******Öğretim Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü******Araştırma Görevlisi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü****ÖZ**

Afetler, topluluklar açısından tehdit unsuru oluşturan, büyük can ve mal kayıpları ile sonuçlanabilen ve beklenmedik bir şekilde gerçekleşebilen durumlardır. Afetlerin nerede ve ne zaman gerçekleşebileceği çoğu zaman tahmin edilebilir olmamakta ve gerçekleşmesi halinde yıkıcı etkisi toplumun tüm kesimlerinde derinden hissedilmektedir. Sonuçları bağlamında değerlendirildiğinde afetler, pek çok insanı dezavantajlı konuma sürükleyebilmekte ve bu insanlarda profesyonel bir yardım alma ihtiyacını ortaya çıkarabilmektedir. Bu noktada, afetlere ilişkin gerekli koruyucu tedbirlerin alınması ve afet yaşanması durumunda ihtiyaç duyulan yardımların sunulması adına görev alan meslek gruplarından biri sosyal hizmet uzmanlarıdır. Sosyal hizmet uzmanları, gerek afet öncesinde yürütmüş oldukları koruyucu ve önleyici çalışmalar, gerekse de afet sonrasında gerçekleştirmiş oldukları psikososyal destek hizmetleri gibi pek çok faaliyet kapsamında afet alanına ilişkin olarak görev ve sorumluluk üstlenmektedirler. Bu çalışma, sosyal hizmetin afetlerle ilişkisini mevcut literatür bağlamında değerlendirmeyi ve sosyal hizmet uzmanlarının afetlerle ilgili mesleki uygulamalarını incelemeyi

amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda çalışmada öncelikle afet kavramına değinilmiş, afetlere yönelik sosyal hizmet uygulamasına ilişkin değerlendirmelerde bulunmuş ve sosyal hizmet uzmanlarının afetlere ilişkin olarak gerçekleştirebilecekleri mesleki çalışmalara yer verilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Afet, Sosyal Hizmet, Afetlerde Sosyal Hizmet

ABSTRACT

Disasters are conditions posing several threats for societies, may result in huge losses of lives and properties, and can happen unexpectedly. Where and when disasters can happen is often not predictable, and the devastating effects are deeply felt in all parts of society in case they happen. When disasters are evaluated in the context of their outcomes, they can lead many people to disadvantaged positions, and create the need to receive professional help in these people. Right at this point, social workers are one of the professional groups involved in the necessary preventive measures regarding disasters to provide the aids needed in the event of a disaster.

Social workers undertake duties and responsibilities regarding both protective and preventive works done before disasters, and psychosocial support services carried out after disasters in the scope of many activities in relation to disaster area.

The present study aims to evaluate the relation of social work with disasters in the context of current literature, and to examine the professional practices of social workers regarding disasters. For this purpose, the concept of disaster was mentioned firstly, evaluations were made about the social worker applications for disasters, and the professional works that can be done by social workers in relation to disasters were dealt with.

Keywords: Disaster, Social Work, Social Work in Disasters

Giriş

Afetler, geçmişten günümüze değin insanlık tarihinde önemli bir yere sahip olmuşlardır. Çoğu zaman öngörülemeyen şekilde gerçekleşen ve sonuçları yerel boyutları aşarak ulusal ve uluslararası düzeyde etkili olabilen bu olaylar, birtakım önlemlerin alınmasını ve profesyonel müdahalelerin uygulanmasını gerekli kılmaktadır. Afetler henüz yaşanmamışken gerçekleştirilebilecek eğitimler ve afet yönetimi planlaması gibi koruyucu ve önleyici hizmetler, afet sonrasında ise ortaya çıkan yıkımın insanlar üzerindeki olumsuz etkisini kontrol altında tutacak ve minimize edebilecek nitelikteki rehabilite edici hizmetler bunlara örnek olarak sunulabilmektedir.

Afet öncesinde ve sonrasında sunulan hizmetlerin pek çoğu, belirli bir profesyonellik gerektiren, bu alana ilişkin yeterli düzeyde eğitimi bulunmayan gönüllülerce gerçekleştirilemeyecek nitelikte

olan hizmetlerdir. Böylesi hizmetlerin sunumu noktasında gerekli profesyonelliği sağlamış ve afet alanına ilişkin olarak teorik ve de pratik donanımlara sahip meslek elemanları görev almak durumundadır. Bu alanda hizmet sunan meslek gruplarından biri olarak sosyal hizmet uzmanları, sosyal hizmet disiplininin gerektirdiği mesleki değerlere, mesleğin etik ilkelerine, rol ve sorumluluklara uygun olarak gerek afet öncesinde gerekse de afet sonrasında mesleki çalışmalarını gerçekleştirmektedirler.

Bu çalışmada, sosyal hizmet meslek ve disiplini ile afet olgusunun ilişkisi mevcut literatür bağlamında değerlendirilecek ve sosyal hizmet uzmanlarının afetlerle ilgili olarak afet öncesinde, afet sırasında ve afet sonrasında gerçekleştirebilecekleri mesleki uygulamalar uzmanların mesleki rolleri bağlamında incelenecektir.

Afet Kavramı

Afet kavramına ilişkin tanımlar incelendiğinde, afetin daha çok insanlar üzerinde bıraktığı etkisi bağlamında tanımlandığı görülmektedir. Türk Dil Kurumu'nun (TDK) Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğü'nde afet kavramı; ilgili toplum veya sistemi dışarıdan yardıma itebilecek nitelikte yıkım ve çöküş etkisine sahip olan bir olay veya felaket olarak tanımlanmaktadır.¹ Nitekim afet kavramının, Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı (AFAD) tarafından bir olayın kendisi olarak değil, doğurduğu sonuç olarak ele alındığı belirtilmekte ve AFAD'a ait Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü'nde afetin; tüm toplumun veya belli bir bölümünün fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar yaşamasına sebep olan, günlük yaşamı sekteye uğratan ve etkilenen kesimin baş etme kapasitesinin yetersiz kalabildiği doğa, teknoloji ya da

insan kaynaklı olaylar şeklinde tanımlandığı görülmektedir.²

Uluslararası Kızıllaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu (IFRCRCS) tarafından afet, yerel kapasiteyi aşan bir durum veya olay olarak ifade edilmekte, afetin doğal ve doğal olmayan şekilde iki türünün olduğu belirtilmektedir. Doğal afetler hidro-meteorolojik ve jeofizik açısından ikiye ayrılmakta ve hidro-meteorolojik doğal afetler; çığlar, toprak kaymaları, kuraklık, açlık, aşırı sıcaklıklar, sel, orman yangınları, fırtınalar ve diğerleri şeklinde gruplandırılmaktadır. Jeofizik açıdan doğal afetlerin ise depremler ve volkanik patlamalar olduğu belirtilmektedir. Doğal olmayan afetler endüstriyel, çok çeşitli ve taşımacılık kaynaklı afetler olmak üzere üç grup altında sınıflandırılmaktadır. Endüstriyel afetler kimyasal sızıntı, endüstriyel yapıların çökmesi, patlama, yangın, gaz kaçağı, zehirlenme ve radyasyon şeklinde ele alınmakta, çok çeşitli doğal olmayan afetler ise evsel/endüstriyel olmayan yapıların çökmesi, patlaması veya yangına sebep olması olarak belirtilmektedir. Doğal olmayan afetlerin taşımacılık kaynaklı gerçekleşen üçüncü ve son kategorisi ise havayolu, demiryolu, karayolu ve su yolu taşımacılığı sırasında yaşanan kazalara bağlı ortaya çıkan afetleri kapsamaktadır.³ Afetlerin hangi sebeplerle ortaya çıktığı önemli olmakla birlikte, afet sonrası yaşanan yıkımın ve meydana gelen zararların giderilmesi boyutu da oldukça büyük bir sorun alanı oluşturmaktadır. Nitekim afet; toplumun işlevselliğini bozan, can kayıplarına yol açan, ekonomik ve çevresel açıdan ciddi zararlar oluşturan bir durumdur.⁴

Böylesi durumlarda farklı meslek gruplarının afetlere yönelik çalışmalar yürütmeleri gerekmekte ve afetten etkilenen bireylere profesyonel destek sunmaları beklenmektedir. Bu meslek gruplarından biri olarak sosyal hizmet, afet alanına ilişkin geçmişten günümüze değin önemli sorumluluklar üstlenen bir konuma sahip olmuştur.

Afetler ve Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet; bireylerin refahını, problem çözme ve baş etme kapasitelerini artırmaya çalışan, insanların sorunlarına çözüm üretmek ve ihtiyaçlarına yanıt verebilmek adına onları kaynaklarla buluşturan, sosyal politikaların geliştirilmesi sürecinde katkıda bulunan, etkili ve insancıl yapıdaki sistemli ve programlı hizmetler bütünüdür ifade etmektedir.⁵ Bu doğrultuda düşünüldüğünde, doğal veya insan kaynaklı gerçekleşebilen afetler, sonuçları açısından ele alındıklarında insanların refah düzeyi üzerinde etkili olabilmekte, çözüm üretilmesi gereken pek çok soruna ve karşılanması gereken farklı ihtiyaçlara sebep olabilmektedir. Bu durum, afete ilişkin hizmetlerin sosyal hizmet uygulama sahası içerisinde değerlendirilebileceği sonucunu doğurmaktadır.

Afet hizmetleri, tarihsel açıdan ele alındığında sosyal hizmet araştırmasının ve mevcut sosyal hizmet literatürünün merkezinde yer almadığı, afet müdahalesinin ise sosyal hizmet eğitiminde her zaman kendine yer bulabilen bir kavram olmadığı görülmektedir.⁶ Bu durumun aksine, yeterince iyi bilinmiyor olsa da sosyal hizmetin afetlerde her zaman merkezi bir rol oynadığı söylenebilmektedir.⁷ Doğal veya insan kaynaklı afetler de dahil olmak üzere

çeşitli sebeplerden ötürü dezavantajlı ve savunmasız duruma düşmüş olan nüfusların ihtiyaçlarına cevap vermek üzere sosyal hizmetin geçmişten günümüze değin sorumluluk üstlendiği bilinmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, genel itibariyle tarihsel süreç içerisinde psikososyal destek hizmetleri ve diğer müdahale modellerinin kullanımı yoluyla afet yardımı süreçlerine katılım sağlamışlardır.⁸ Sosyal hizmet uzmanlarının afet yönetimi süreçlerine aktif katılımının, savunmasız grupları afet öncesinde, sırasında ve sonrasında gerekli kaynaklarla buluşturma süreçlerinin planlanması açısından önemli bir avantaj sunduğu söylenebilmektedir.⁹

Afetin gerçekleşmesi durumunda toplumsal düzen içerisinde mikro, mezo ve makro boyutlarda pek çok değişim yaşanmaktadır. Afet sonrası bireyler; evlerini kaybedebilmekte¹⁰, sağlık sorunlarıyla karşılaşabilmekte^{11,12}, aile üyelerinin vefatı veya yakınlarının ölümü^{10,13} ile yüzleşebilmekte, afet sırasında yaşamış olduğu uzuv kayıpları veya almış olduğu darbeler sonucu yaralanarak engelli hale gelebilmekte¹⁴, işsiz kalabilmekte, maddi kazanç sağlanamamasına bağlı olarak yoksullukla mücadele edebilmektedirler.^{15,16} Ayrıca afet yaşanması halinde yeni sosyal sorunların da ortaya çıktığı görülmekte ve bu sebeple temel misyonu bireyin iyilik halinin sağlanması olan sosyal hizmet meslek ve disiplinine afet sahasında çalışma noktasında pek çok işlev yüklenmektedir.¹⁷ Bu noktada sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcıları konumundaki sosyal hizmet uzmanlarının, afet öncesinde, afet sırasında ve afet sonrasında gerçekleştirebilecekleri mesleki çalışmalara, rollere ve işlevlere değinilmesinde fayda görülmektedir.

Sosyal Hizmet Uzmanlarının Afetlerdeki Roller

Sosyal hizmet uzmanları, müracaatçılarıyla bağlantı ve iş birliği içerisinde olan, toplum kaynaklarına erişebilir nitelikteki meslek elemanlarıdır. Sosyal hizmet uzmanlarının liderlik potansiyelleri; mikro, mezo ve makro düzeydeki sorunları ele alabilmek adına gerekli bilgi tabanıyla donatılmış durumdadır.⁹ Uzmanlar, bireyler ve kaynak sistemleri arasında bağlantılar kurarak ve çeşitli kaynak sistemlerini birbirine bağlayarak bireylerin kaynaklara ve hizmetlere erişimini geliştirmeye çalışmaktadırlar.⁷ Sosyal hizmet uzmanlarının afet durumlarında üstlendikleri rol ve işlevlere bakıldığında, sosyal hizmet mesleğinin hem uygulama bilgisini hem de kuramsal bilgiyi bir bütün olarak benimsediği ve bütüncül bir bakış açısıyla hareket ettiği görülmektedir.¹⁸ Bu bütüncül bakış açısı bağlamında sosyal hizmet uzmanlarının afet öncesinde, afet sırasında ve afet sonrasında etkin bir şekilde rol üstlenebilecekleri söylenebilmektedir.

Mevcut literatür gözden geçirildiğinde, sosyal hizmet uzmanlarından, afet öncesinde üstlenmeleri beklenen roller ve görevler şu şekilde ifade edilebilmektedir;^{9,17,19,20}

- Bireylere olası afet durumlarına yönelik hazırlıklı olmaları konusunda eğitimler vermek,
- Afet alanına yönelik hizmet sunabilecek nitelikteki mevcut sivil toplum kuruluşlarının kapasitelerinin güçlendirilmesi için makro düzeyde çalışmalar yürütmek,
- Afetler hakkında kamuoyunun bilinçlenmesi için çeşitli iletişim araçlarını kullanarak, bireylerin ve toplumların afetlere ilişkin bilinç

geliştirmesine yönelik çalışmalar yürütmek,

- Afet öncesinde afetten korumaya yönelik olan risk yönetimi çalışmalarını organize etmek,
- Afet süreci için savunuculuk ilkesini harekete geçirmek, sosyal hizmet uzmanlarının ve sosyal hizmet kuruluşlarının afet öncesi; değerlendirme, zarar azaltma, planlama ve hazırlık süreçlerine katılma sorumluluğunu artırmak.

Sosyal hizmet uzmanlarından afet öncesinde gerçekleştirmeleri beklenen çalışmaların genel itibariyle; eğitim/bilgilendirme faaliyetleri, kaynakları ve kurumları harekete geçirmek, afet yönetimi süreçlerine katılım sağlamak ve hem toplumu hem de kurumları potansiyel bir afet tehdidine hazırlıklı hale getirmek şeklinde ele alındığı söylenebilmektedir. Afet öncesinde belirtilen rol ve görevlerin yerine getirilmiş olması, afetin yaşanmasının ardından afet sırasında gerçekleştirilebilecek müdahalelere duyulan ihtiyacı da azaltıcı veya ortadan kaldıracı nitelikte olabilmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının, afet sırasında yerine getirebilecekleri mesleki çalışmalar ve roller literatürde şu şekilde ele alınmaktadır:^{7,17,21}

- Sosyal yardım sağlama ve vakalara ulaşma konusunda mesleki çalışmaları gerçekleştirmek, savunuculuk ve aracılık rolleri kapsamında insanlar için yardım kaynaklarına erişimi kolaylaştırmak,
- Afet mağduru bireylerin barınma ve temel ihtiyaçlarının karşılanması noktasında etkin rol üstlenmek; savunmasız ve dezavantajlı grupların

öncelikli olarak koruma ve bakım altına alınmasını sağlamak,

- Travmatik bir durum esnasında, bireyi travma öncesi işlevselliğine döndürebilmek için psikolojik ilk yardım olarak görülen kriz müdahalesini uygulamak.

Sosyal hizmet uzmanlarının afet sırasında yerine getirmiş oldukları rol ve görevlerin; afetten etkilenen ve halihazırda mağdur durumdaki afetzede bireylerin asgari yaşam standartlarına erişebilmeleri ve yaşamlarını devam ettirebilmeleri adına gerekli kaynaklarla buluşturulmaları, yaşamış oldukları travmatik deneyimin olumsuz etkilerinin en kısa sürede azaltılması adına belirli mesleki yaklaşım ve modeller bağlamında psikososyal destek hizmetlerinden faydalandırılmaları şeklinde ele alındığı söylenebilmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının afet sırasında gerçekleştirdikleri çalışmalar ve afet alanında edindikleri mesleki deneyimler bağlamında, afet sonrası yapılacak çalışmaların da yol haritası oluşturulabilmektedir. Bu noktada ilgili literatürde sosyal hizmet uzmanlarından afet sonrasında üstlenmeleri beklenen mesleki rol ve görevlere şu şekilde değinilmektedir:^{17,22,23,24}

- Sosyal kalkınmanın gerekliliği bağlamında toplum örgütlenmesini sağlayarak, afet sonrasındaki kentsel planlama sürecinin ve konut politikalarının afet deneyimi ile elde edilen bilgilere uygun olarak şekillendirilmesi adına savunuculuk yapmak,
- Genel itibariyle afet sonrası çalışmalarını bireylerin ve toplumun ruh sağlığını iyileştirmek ve geliştirmek üzerine kurgulamak,

- Bireylerin afet sonrasında karşılaşılabilecekleri problemlere yönelik olarak bireyleri güçlendirmek,
- Savunmasız ve dezavantajlı gruplara yönelik; duygusal ve psikososyal destek, yas danışmanlığı sağlamak, afetzedeler için çeşitli tedavi türleri ve terapötik müdahaleler uygulamak ya da hastaları terapistlere ve terapötik merkezlere yönlendirmek,
- Ailelerin cenazeler düzenlemelerine ve çadır kurmalarına yardımcı olmak, yakınlarını kaybeden ailelerle görüşmelere sağlamak,
- Bireylerin, ailelerin, grupların ve toplulukların dağılmasını önlemek; evsiz bireylere ve ailelere konaklama, bilgi ve destek sağlamak, afet mağdurlarını motive etmeye yönelik düzenlenen mevcut etkinliklere katılımlarını sağlamak,
- Müracaatçı refahını artırmak adına mikro ve makro sistemleri değiştirmeye yönelik müdahaleler yapmak; gönüllü hizmetlerin geliştirilmesini savunmak, ihtiyaç değerlendirmeleri yapmak, hizmet programlarının iyileştirilmesi adına çaba sarf etmek, refah politikalarını ve kurtarma programlarını değiştirerek ihtiyaçları karşılar niteliğe taşımak.

Mevcut literatür göz önünde bulundurulduğunda, sosyal hizmet uzmanlarının; afet döngüsünde çeşitli roller üstlenerek, afetler sonucunda oluşabilecek hasarı en aza indirmek için süreci titizlikle ele alıp yönetme imkânına sahip oldukları görülmektedir.

Bu noktada sosyal hizmet uzmanları tarafından afet öncesinde, afet sırasında ve afet sonrasında gerçekleştirilebilecek mesleki çalışmaların bilinmesi ve özümsemesi gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sosyal hizmet, insanların iyilik hallerini korumak ve geliştirmek, dezavantajlı konumdaki bireylere, ailelere, gruplara ve toplumlara insan hakları temelinde hizmet sunmak adına gerçekleştirilen profesyonel çalışmaları içeren bir meslek ve disiplindir. Bu bağlamdan hareketle; afetten etkilenme potansiyeli bulunan veya halihazırda etkilenmiş durumdaki bireylerin, sosyal hizmet çalışma sahasına dahil oldukları söylenebilmektedir. Nitekim afetler, sonuçları kapsamında değerlendirildiğinde toplum genelinde ve bireyler özelinde ciddi olumsuzluklar yaratan, maddi ve manevi büyük zararlar doğuran olaylardır. Sosyal hizmet uzmanları, bu zararların giderilmesi, afetin birey ve toplum üzerindeki olumsuz etkilerinin minimize edilmesi ya da ortadan kaldırılması adına; afet öncesinde afet riskine ilişkin gerekli yapısal önlemlerin alınması, eğitici/bilgilendirici çalışmaların yürütülmesi, sosyal politikaların hazırlanması, afet sırasında psikososyal destek hizmetlerinin sunulması, afet yönetimi sürecinin gerçekleştirilmesi, kaynaklarla buluşturma rolünün yerine getirilmesi, afet sonrasında ise sosyal kalkınmayı gerçekleştirmek adına toplum örgütlenmesinin sağlanması gibi çalışmalar yürütebilmektedirler.

Afetler, ulusal veya uluslararası düzeye ulaşabilen etkileri ile önemli mağduriyetler yaratan, esasında sosyal hizmet müdahalesine fazlasıyla ihtiyaç duyulmasına sebep olan olaylardır. Buna rağmen ilgili literatür incelendiğinde, özellikle ülkemiz açısından afetlerde sosyal

hizmet alanına ilişkin çalışmaların beklenen düzeyde olmadığı, afetlerde sosyal hizmet konusunun ise genel olarak sadece afetin gerçekleştiği belirli dönemlerde gündeme taşınabildiği görülmektedir. Bu doğrultuda düşünüldüğünde, yakın zamanda deprem gibi bir afet ile yüzleşen ve afet potansiyeli açısından önemli riskler barındıran ülkemizde, afetlerde sosyal hizmet alanına ilişkin bilimsel çalışmaların artması beklenmektedir. Gerçekleştirilecek bilimsel çalışmaların; afetlerin birey, aile ve toplum üzerinde oluşturduğu zararlar, bu zararlar için yönelik mikro, mezo ve makro boyuttaki sosyal hizmet müdahaleleri, afet yönetiminde sosyal hizmet uzmanlarının rolleri ve görevleri, afete hazırlık ve afet sonrasında gerçekleştirilebilecek sosyal hizmet uygulamaları üzerine odaklanmaları faydalı olacaktır.

Kaynaklar:

1. Türk Dil Kurumu. Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğü. <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 22.02.2020
2. AFAD. Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü. <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu> Erişim Tarihi: 22.02.2020
3. IFRCRCS. World Disasters Report: Focus on Reducing Risk. London: Eurospan; 2002. <https://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/WDR/32600-WDR2002.pdf> Erişim Tarihi: 22.02.2020
4. UNISDR. Terminology on Disaster Risk Reduction. Geneva, Switzerland; 2009. <https://www.preventionweb.net/file>

- [s/7817 UNISDRTerminologyEnglish.pdf](https://www.unisdr.org/we/inform/publications/7817) Erişim Tarihi: 22.02.2020
5. Acar H, Çamur Duyan G. [The emergence and development of social work profession in the world]. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2003;14(1):1-19.
6. Yanay U, Benjamin S. The role of social workers in disasters: The Jerusalem experience. *International Social Work*. 2005;48(3):263–276.
7. Zakour MJ. Disaster research in social work. *Journal of Social Service Research*. 2005; 22(1-2): 7-25.
8. Nikku BJ. Living through and responding to disasters: Multiple roles for social work. *Social Work Education*. 2015;34(6):601-606.
9. Mathbor GM. Enhancement of community preparedness for natural disasters: the role of social work in building social capital for sustainable disaster relief and management. *International Social Work*. 2007;50(3):357–369.
10. TMMOB. Oda Raporu: Türkiye’de Deprem Gerçeği ve TMMOB Makina Mühendisleri Odası’nın Önerileri. Ankara: TMMOB Makine Mühendisleri Odası; 2012. https://www.mmo.org.tr/sites/default/files/gonderi_dosya_ekleri/63af2a601624879_ek_0.pdf Erişim Tarihi: 22.02.2020
11. Kunii O, Akagi M, Kita E. The medical and public health response to the great hanshin-awaji earthquake in japan: A case study in disaster planning. *Medicine & Global Survival*. 1995;2(4):214-226.

12. Lindell MK, Prater CS. Assessing community impacts of natural disasters. *Natural Hazards Review*. 2003;4(4):176-185.
13. Boon HJ, Pagliano PJ. Disaster education in Australian schools. *Australian Journal of Environmental Education*. 2014;30(2):187-197.
14. Karabulut D, Bekler T. [Effects of natural disasters on children and adolescents]. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*. 2019;5(2):368-376.
15. Benson C, Clay E. *Economic and Financial Impacts of Natural Disasters: An Assessment of Their Effects and Options for Mitigation: Synthesis Report (Vol. Final Report)*. London: Overseas Development Institute; 2003. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6149.pdf> Erişim Tarihi: 22.02.2020
16. İnmez İ. *Doğal Afetlerin Ekonomik Etkisi: 17 Ağustos 1999 Marmara Depremi Örneği*. (Yüksek Lisans). Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli; 2005.
17. Tuncay T. *Afetlerde Sosyal Hizmet 1999 Yılı Marmara ve Bolu-Düzce Depremleri Sonrasında Gerçekleştirilen Sosyal Hizmet Uygulamaları*. Ankara: Özbay Ofset Matbaacılık; 2004.
18. Alakara Özcan G. *Afetlerde Psikososyal Destek Hizmetlerinin AFAD'da Çalışan Sosyal Çalışmacılar Tarafından Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans). Hacettepe Üniversitesi, Ankara; 2018.
19. Kadioğlu M. Modern, Bütünleşik Afet Yönetiminin Temel İlkeleri. Kadioğlu M, Özdamar E, editör. *Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri*. Ankara: JICA Türkiye Ofisi Yayınları; 2008.
20. Soliman HH, Rogge ME. Ethical considerations in disaster services: A social work perspective. *Electronic Journal of Social Work*. 2002;1(1):1-23.
21. Erdener M. *Afet Alanında Çalışan Profesyonellerin Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans). Hacettepe Üniversitesi, Ankara; 2019.
22. Pyles L. Community organizing for post-disaster social development. *International Social Work*. 2008;50(3):321-333.
23. Javadian R. Social work responses to earthquake disasters. *International Social Work*. 2007;50(3):334-346.
24. Yueh CC. 'Social Workers' involvement in Taiwan's 1999 earthquake disaster aid: Implications for social work education', *Online Journal of Social Work and Society*. 2003;1(1):14-36.

COVID-19: Epidemiyolojik bilgilerimiz ve hastalığın dünyadaki gidişi**COVID-19: Its epidemiology and course in the world****Prof. Dr. Özgür KARCIOĞLU****ÖZ**

Koronavirüs hastalığı (COVID-19) Mart 2020 itibarıyla dünyada 2.250.000'den fazla insanı etkilemiş ve 160.000'den fazla ölüme yol açmıştır. Üç ay içinde olgu sayısındaki istikrarlı ve hızlı artış COVID-19'un tüm dünyayı tehdit eden bir pandemiye dönüştüğünü anlatıyor. Halkın farkındalığının artırılarak sağlık kuruluşlarına bilinçli başvuruların yapılması, sağlık çalışanlarının da erken aşamadan başlayarak şüphelenmesi, tanı aşamalarında eksiklik yaşanmaması toplum sağlığı için önem taşımaktadır. Saptanan yüksek şüpheli veya tanılı olguların derhal izole edilmesi, gerektiğinde karantina uygulanması kilit önem taşır. Bu yazımızda pandeminin epidemiyolojik özellikleri, sosyodemografik faktörlerle ilişkisi özetlenmeye çalışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Koronavirus hastalığı, COVID-19, sosyodemografik faktörler, pandemi, epidemiyolojik özellikler

ABSTRACT

As of April 2020, Coronavirus disease (COVID-19) has inflicted more than 2.250.000 people globally and caused more than 160000 deaths. Robust and aggressive trend in the last three months has sparked worldwide attention and concern while fulfilling the definition of a global pandemic threatening the world's well-being. Key issues to restore public health includes efforts to increase public awareness, maintaining healthcare workers' threshold for suspected cases at the lowest reasonable level, effective diagnosis including testing people as many as possible. Immediate quarantining or isolation of suspected or diagnosed patients are of vital importance. This article aims to provide a brief overview of epidemiological features of COVID-19 and its relationships with sociodemographic factors.

Key words: Coronavirus disease, COVID-19, sociodemographic factors, pandemic, epidemiological features

Giriş ve tanımlar:

Dünyada insanlığın en sık hastalığı üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır (ÜSYE). Bunlar içinde de çoğunluk virüsler tarafından oluşturulmaktadır. Coronavirus ailesi onlarca yıldır viral ÜSYE yakınma ve bulgularına yol açan virüslere aittir. ‘Coronavirus hastalığı’ (COVID-19) ise **beta-CoV** grubu olarak bilinen alt sushlardan biri ile tetiklenmektedir ve Aralık 2019’dan beri öncelikle Uzakdoğu’da, daha sonra neredeyse tüm dünyada zarara ve ölümlere neden olmuş ve

olmaktadır. **İnsandan insana geçiş ile yayılması COVID-19’un en önemli özelliğidir.** Mart 2020’de COVID-19, SARS ve MERS hastalıklarının toplamından daha fazla zarara ve ölüme yol açmış bulunmaktadır (Tablo 1).

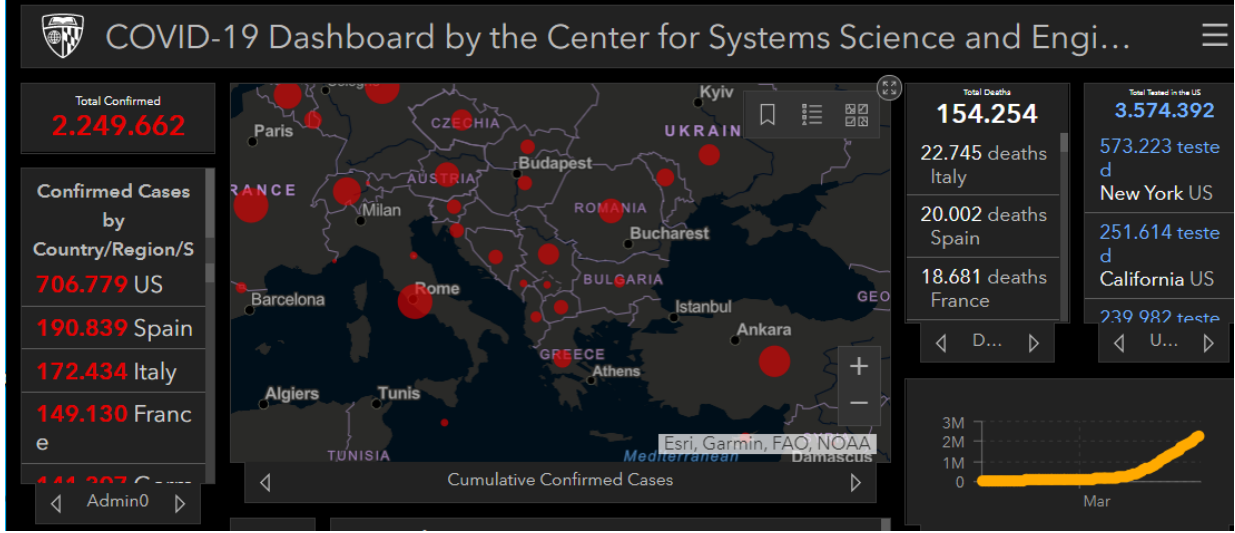
Terminoloji: **Fatalite** bir hastalığa sahip olduğu bilinen bireyler arasında ölenlerin tüm hastalara oranı, **mortalite** ise sonuçlanmış (iyileşen + ölen) hastalara arasında ölüm oranıdır.

Tablo 1. Dünyada değişik zaman dilimlerinde görülen belli salgın ve pandemilerin özelliklerinin karşılaştırılması.

Yıl	Bölge	Hastalık	Yaklaşık ölüm oranı (fatalite)
1918–20	İspanya ve tüm dünya	Influenza pandemisi, ‘Spanish flu’	%0.2-0.5
1984-	Afrika-Makak maymunlarından başlayıp tüm dünya	HIV-AIDS	%3.9 (kişi/yıl) (Lau ve ark, 2012)
2002 – 2003	Uzakdoğu’daki yaban kedileri ve insanlar	“Şiddetli Akut Solunum Sendromu” (SARS)	%10
2009-10	Tüm dünya	H1N1 (Domuz gribi)	%0.1-0.2
Geniş aralık (1999-2015) (Iuliano ve ark, 2018)	33 ülke (yüksek mortalite oranı olan ülkeler, dünya nüfusunun %57’si)	Mevsimsel influenza	0.1 ila 6.4 / 100 000 (65 yaş altı) 3 ila 223/ 100 000 (65 yaş üzeri)
2012	Suudi Arabistan	“Orta Doğu Solunum Sendromu” (MERS)	%35-40
2019-20	Çin’den başlayıp tüm dünya	COVID-19	%7.0

“COVID-19” sadece insanı değil tüm memelileri etkileyebilmektedir, ancak insan ile diğer memeliler arasında birebir geçiş çok nadir veya hiç yoktur. Nisan 2020 itibarıyla CDC, WHO gibi kuruluşların verilerine göre dünyada en az **176 ülke ve bölgede 2.250.000’den fazla**

doğrulanmış olgu vardır. **160000’den fazla ölüm** bildirilmiştir. Üç ay içinde olgu sayısındaki istikrarlı ve hızlı artış COVID’in tüm dünyayı tehdit eden bir **pandemiye** dönüştüğünü anlatıyor (Şekil 1).



Şekil 1. Önemli veritabanlarından alınan bilgilere göre dünyada COVID-19 tanı konanlar, fatalite ve iyileşme görülen olgu sayıları. Çin’deki olgular Mart-2020 ortasından itibaren sabit kalmakta, diğer ülkeler öne geçmektedir. Nisan-2020 itibarıyla olguların sadece %4’ü Çin’de kalmıştır.

Kaynak: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Ülkeler arasında fatalite ve mortalite farkları:

Terminoloji: Fatalite; hastalığa sahip olduğu bilinen bireyler arasında ölenlerin tüm hastalara oranı, **mortalite** ise sonuçlanmış (iyileşen + ölen) hastalar arasındaki ölüm oranıdır. Nisan 2020’de **COVID-19 fatalitesi %7, mortalite oranı ise %21 civarındadır.**

Dünya çapındaki verilere bakıldığında COVID-19 olgularında **%7 civarında ölüm oranı söz konusudur. Ancak ölüm oranı dünyada oldukça farklılıklar göstermektedir.** İtalya, İspanya, Fransa ve İngiltere’de %12 civarında fatalite varken Almanya’da bu oran %3’tür. Kuzey ve Orta Avrupa’da (Almanya, İskandinav ülkeleri, İrlanda, Estonya, Litvanya, Çekya, Avusturya) başarılı yönetim sonucu %3 ve

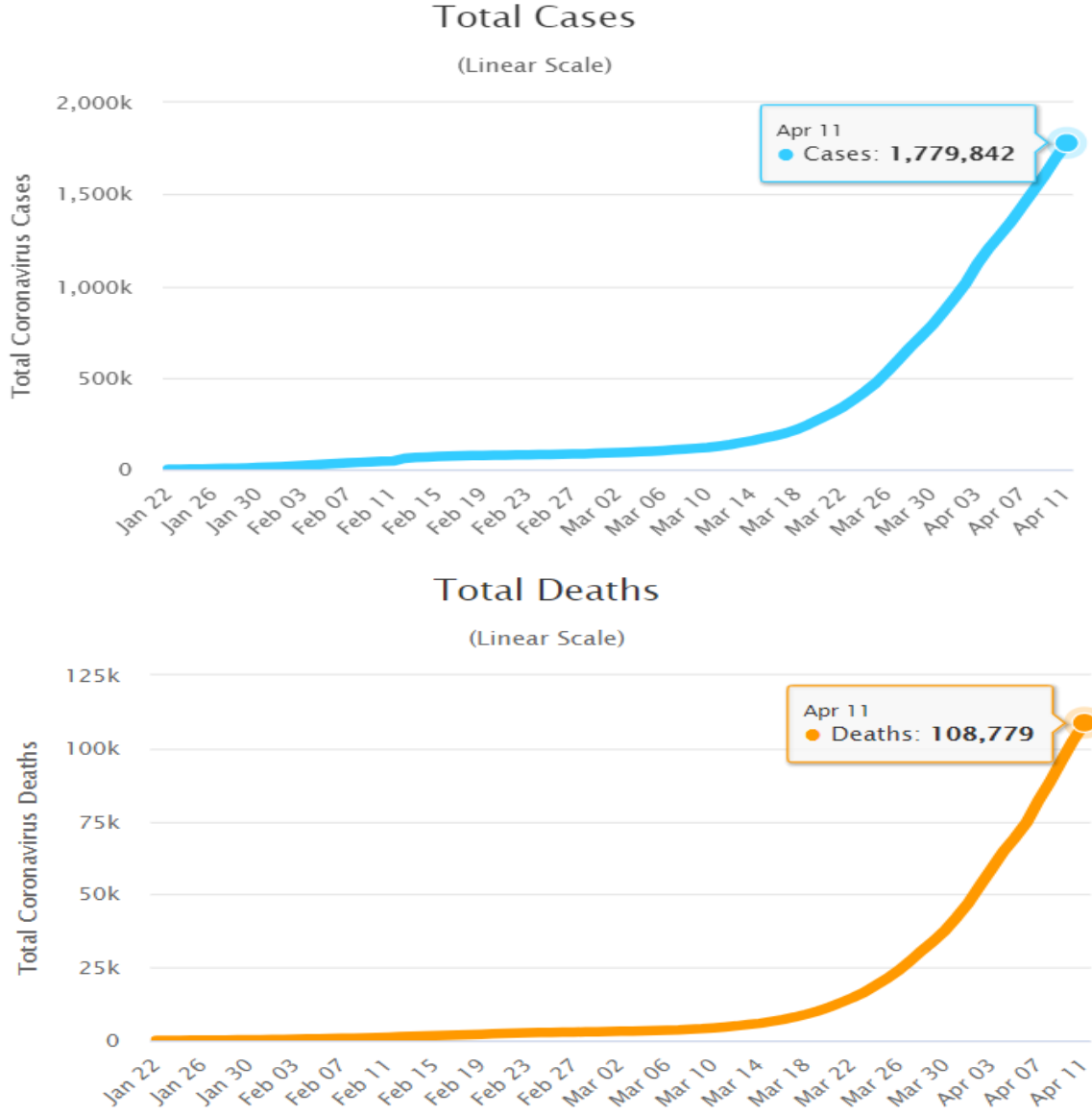
altında fatalite hızı dikkat çekmektedir. Bu belirgin farklılık sağlık hizmetlerinin organizasyonunun farklılıklarından ve sosyal devletin gelişmiş olmasından kaynaklanmaktadır. Salgının ilk çıkış yeri olan Hubei’de ise 70.000 civarında olgu ve %4-5 aralığında ölüm oranı vardır.

Mart ve Nisan 2020’de olgu sayısında en hızlı artışlar İtalya, Fransa, İspanya, İngiltere, ABD, Hollanda ve İran’da görülmüştür. İran’da ilk haftalarda fazla olgu yokken Şubat ayında hızlı bir artış olmuş ve %7 fatalite hızı ile öne çıkmıştır.

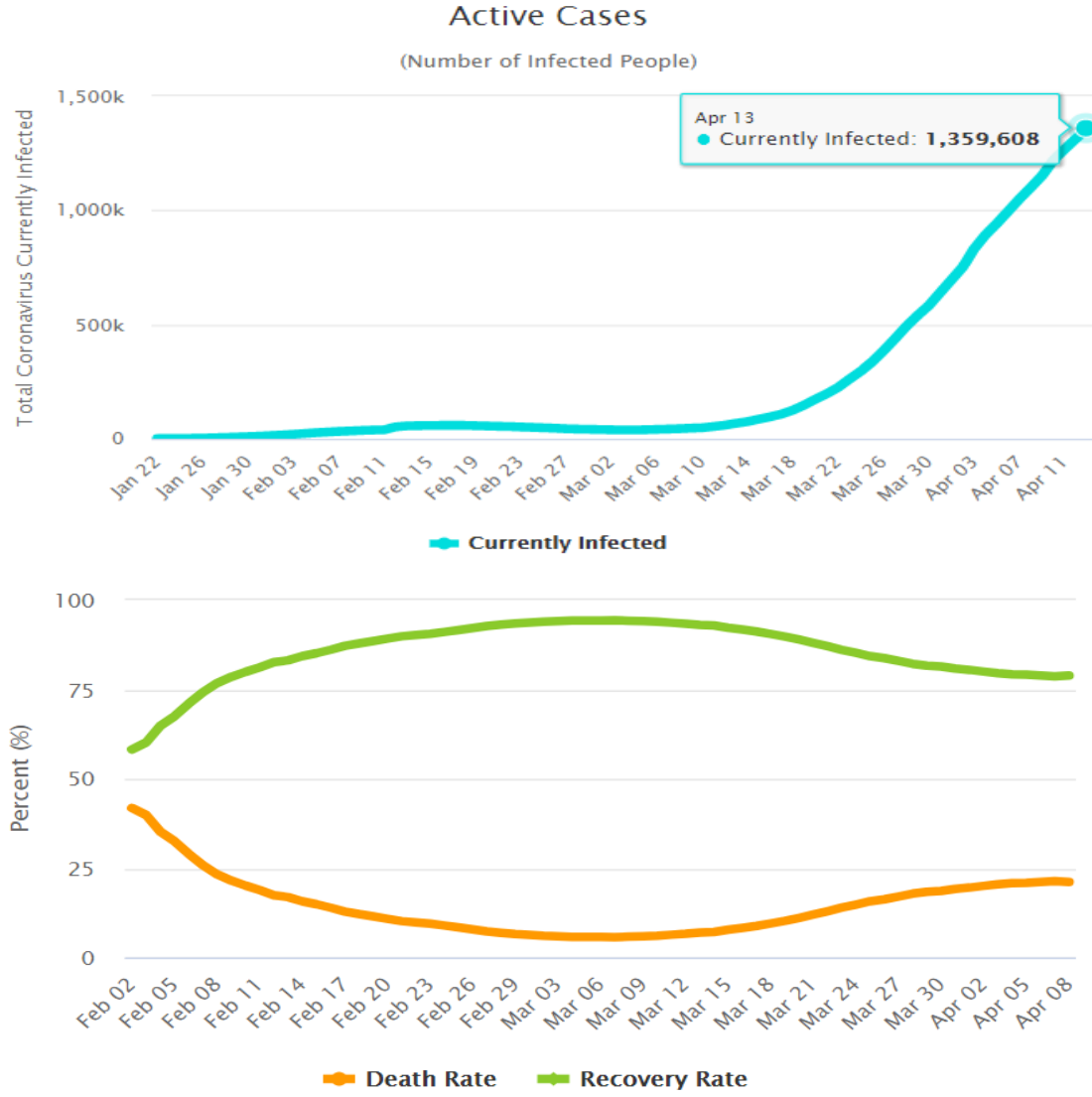
ABD’de salgının ilk iki ayında neredeyse olgu yokken Mart ve Nisan’da hızlı bir çıkış ile 800.000’e yakın olgu kaydedilmiştir. Özellikle New York’ta %10’dan fazla fatalite oranı başarısız yönetimi göstermektedir.

Salgının ilk döneminde olguların çoğu Çin ve Uzak Doğu’da bulunurken Nisan ayı ortasında olguların büyük çoğunluğu Avrupa ve ABD’de kayıtlıdır.

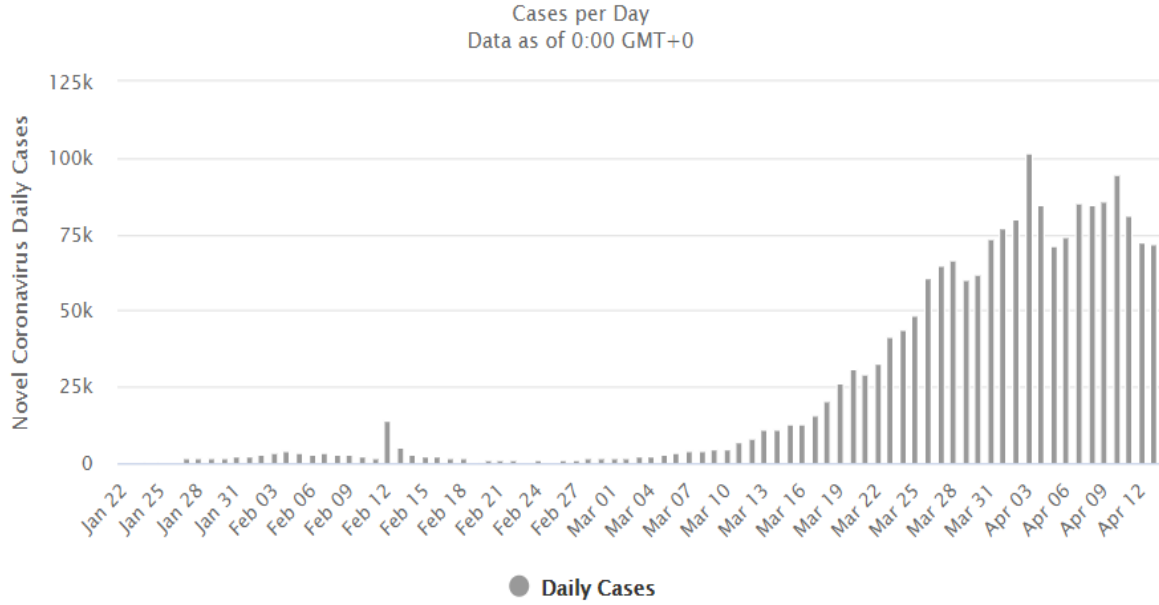
Ülkemizde Mart’ın ikinci haftasından itibaren İstanbul ağırlıklı PCR (+) olgular bildirilmiştir. İlk olgunun açıklandığı 11 Mart’tan sonraki haftalarda artan olgu sayıları endişe vericidir.



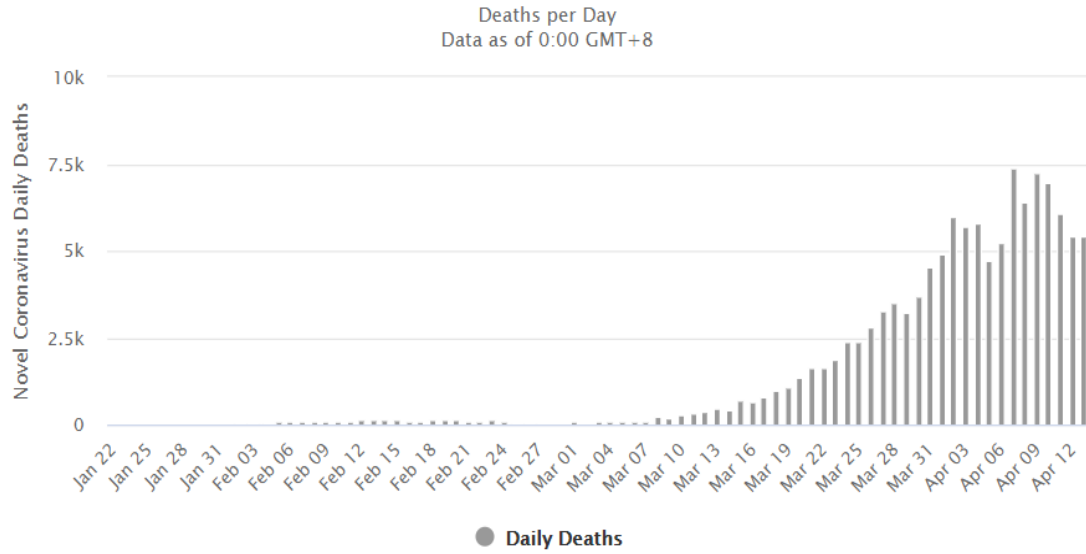
Şekil 2.1. Dünyada grafıklere dökülen istatistikler. (Kaynak: URL: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>). A. Dünyada doğrulanmış toplam olgu sayısı; B. Dünyada COVID-19'a bağlı ölen olgu sayısı.



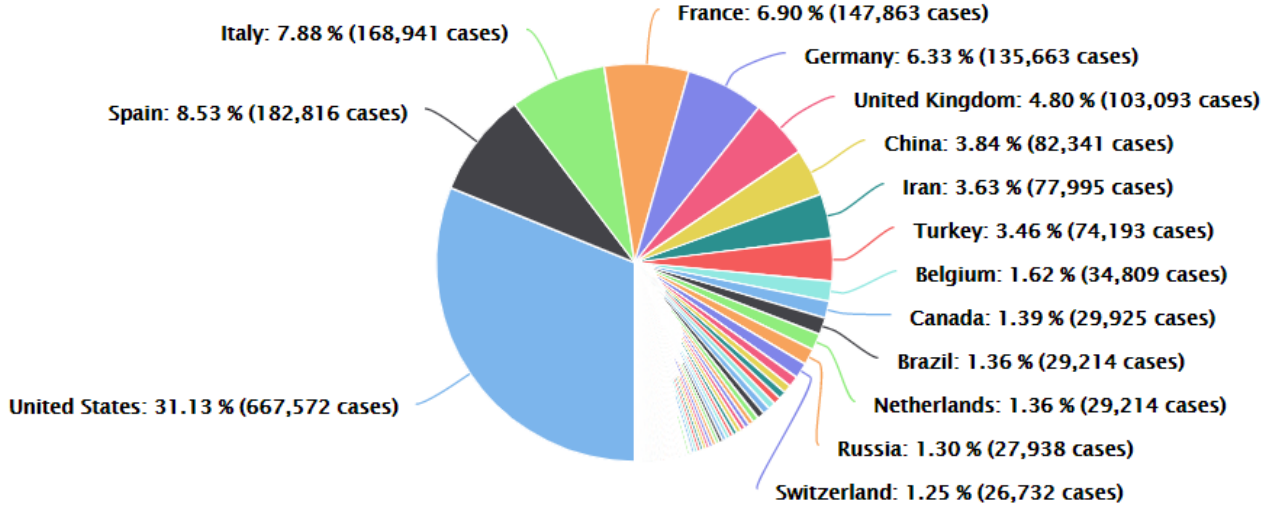
Şekil 2.2. Dünyada grafiklere dökülen istatistikler.(Kaynak: URL: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>) C. Dünyada halen sonuçlanmamış, ölmemiş ve iyileşmemiş, aktif hasta sayısı; D. Sonuçlanmış hastalar. Yeşil çizgi iyileşenler, turuncu ölenleri gösteriyor.



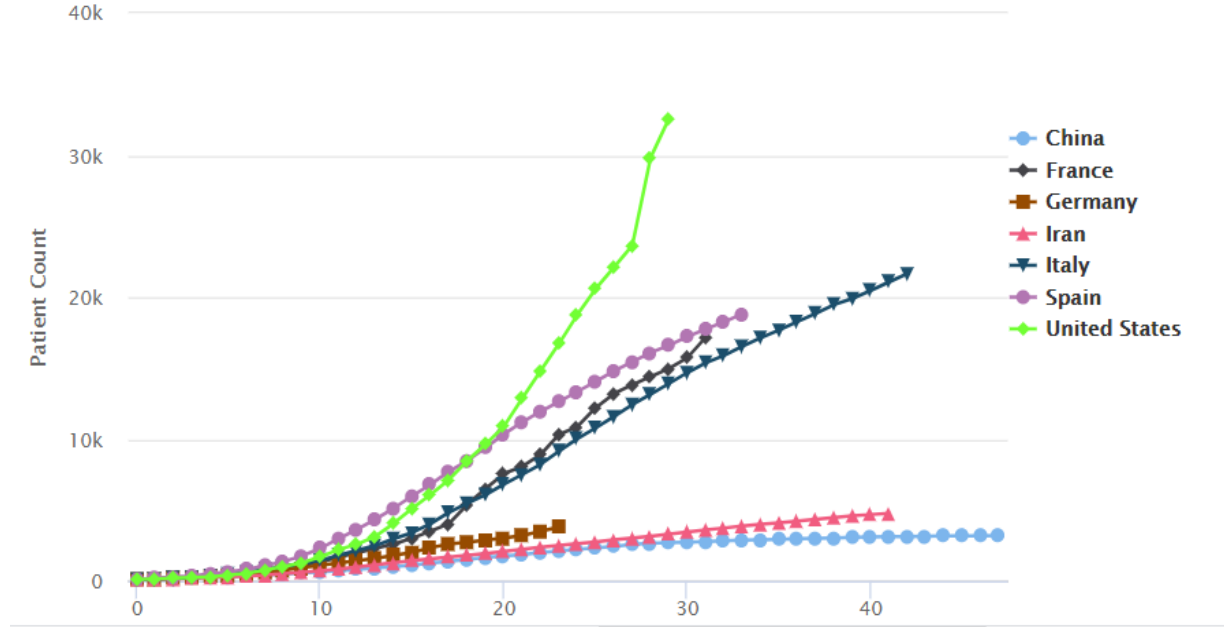
Şekil 3. Günde yeni eklenen olgu sayıları. Mart başından itibaren giderek daha fazla yeni tanı alan olgu olduğu, Nisan ortasında düşme trendine girildiği görülüyor.



Şekil 4. Her gün için kaydedilen ölüm sayıları. Mart başından itibaren ölümlerde artış trendi varken Nisan ortasında düşme görülüyor.



Şekil 5. Nisan ayı ortasında olguların ülkelere dağılımı.



Şekil 6. 100. Ölümünden sonra 7 ülkede zaman boyutunda ölüm sayılarının kümülatif artışı. Çin ve İran daha basık bir eğriye sahipken ABD, Fransa, İtalya ve İspanya'nın oldukça dik yükselmeye devam etmesi dikkat çekiyor.

Yaş ile ilişkili veriler:

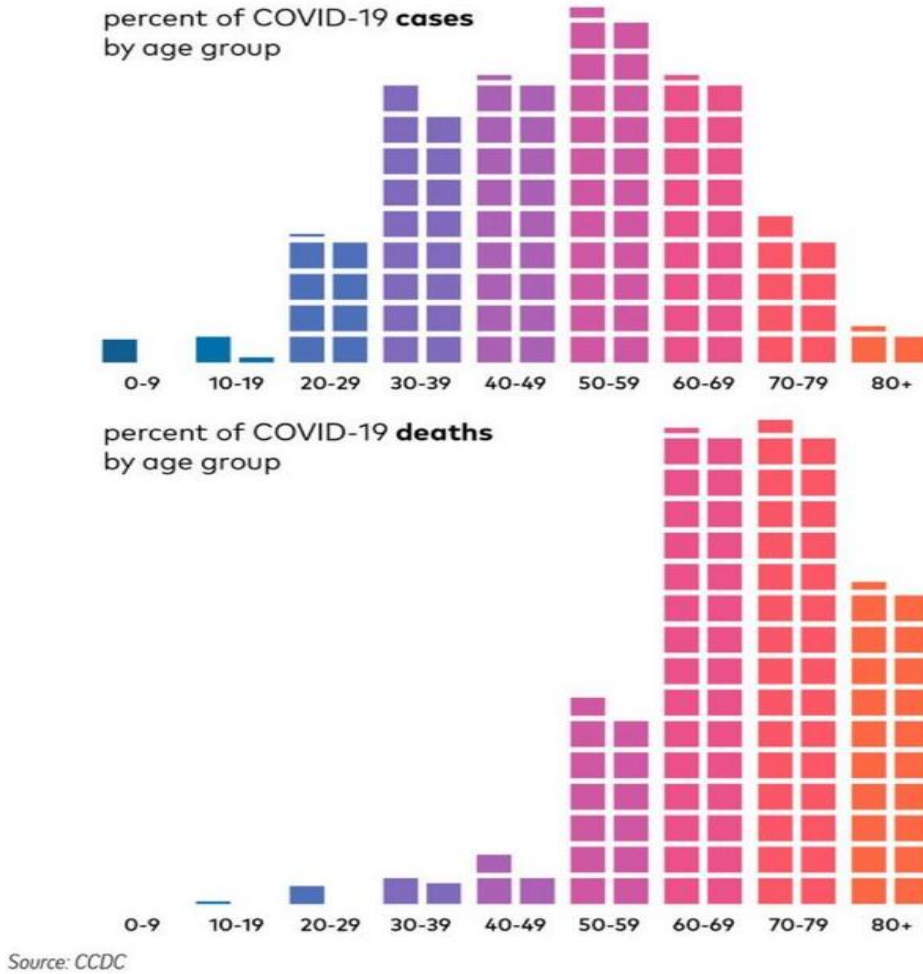
Doğrulanmış olguların büyük bölümü 50 yaş üzerinde ve global yaş ortalaması 57'dir.

Çin'de bazı hasta serilerinde yaş ortalaması 50 ve kadın oranı fazla olarak bildirilmiştir (Qian, 2020). Geniş bir Güney Kore çalışmasında olguların çoğunluğu (%62.7) kadın iken ölümlerin %60'ı erkektir (Shim, 2020). 80 yaş

üzeri olgular tüm örneklemin %2.7'si iken ölümlerin %23.8'ini oluşturmaktadır.

İran'da yaş ortalaması 54 iken İtalya'da 64 olması hem ülkelerin nüfus yapısında hem de sağlık sistemlerindeki farklılardan kaynaklanmaktadır.

İtalya'da yoğun bakım ünitesine alınanların %12'si 50 yaş altındaki kişilerdir.



Şekil 7. COVID-19 olgularında ve bu hastalıklardan ölenlerde yaş gruplarına dağılım diagramları.

- 🌐 **Olguların neredeyse tamamı 30 yaş üzerinde, ölümler ise 60 yaş üzerindedir.**
- 🌐 **Olgularda erkek oranı değişik serilerde %50-60 arasındadır (Li LQ, 2020), ancak ölümlerde erkek ağırlığı bundan daha fazladır. G. Kore’de kaba ölüm hızı erkeklerde %1.1, kadınlarda %0.4, ve erkek ölüm oranının yaş ile birlikte daha da arttığı ortaya konmuştur. (Shim, 2020).**

Kuluçka süresi:

Hastanın virüs ile enfekte olmasından sonra semptom ve bulguların ortaya çıkmasına kadar olan süreye kuluçka veya inkübasyon süresi denmektedir. **En önemli nokta, bu sürede de hastanın bulaştırıcı olması ve hastalığı çevreye yaymasıdır. Kuluçka için 2-14 gün olarak kesin sınır veren yayınlar bulunmaktadır, ancak COVID-19 ile ilgili kapsamlı yayınlarda ortalama sürenin 5 gün olduğu, 11.5 gün içinde hemen tüm olgularda yakınma ve bulgular geliştiği ortaya konmuştur (Lauer, 2020).** Bu nedenle karantinanın **14 gün kadar uygulandığında şüpheli olgularda hemen kesin olarak bulgu görüleceği düşünülür.**

Şiddet dağılımı

Olguların içinde halen enfekte olan (iyileşme/ölüm gerçekleşmemiş) olan hastalardan **%93’ü hafif hastalık** geçirmektedir. **%7 ise kritik** durumdadır. **Tamamlanan olguların ise %9’i ölmüştür. Bu nedenle mortaliteyi aslında %9 olarak okumak daha doğru olacaktır.**

Yakınma ve bulgular:

Olgu bildirimlerinde ateş, kuru öksürük, halsizlik gibi yakınma ve bulgular ağırlıklıdır.

Bildirilen tanı almış olguların % 90 ila 98’inde ateş, % 70’inde halsizlik/yorgunluk, %60’ında kuru öksürük, % 50-60’ında nefes darlığı, yine yarıya yakınında kas ağrıları vardır. Balgam çıkışı 1/4 oranında bildirilmiştir. Hastaneye başvuruda yaşamsal bulgular (nabız, kan basıncı, bilinç, ateş) kural olarak normal olabilir. Gastrointestinal yakınmalar (ishal –kusma, karın ağrısı) Uzakdoğu serilerinde %5-10 aralığında iken ülkemizde daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Takipne 3 olgudan 1’inde bulunurken yoğun bakım olgularında çoğunlukla saptanır.

Diğer grip sendromlarında 3-5 gün içinde belirgin bir iyileşme görülürken COVID-19 olgularında 7-8 gün içinde giderek kötüleşme belirgindir. Ortalama 8 gün sonra belirgin nefes darlığı gelişmesi beklenir. 15-16 günde ölüm veya iyileşme anlamında sonuçlanma söz konusudur.

• Coronavirus hangi yollar ile bulaşır?

Coronavirüsler çok küçük boyutta olduğundan **hapşırma-öksürme sırasında virüsleri içeren damlacıklar yoluyla, 3 saate kadar** havada asılı kalarak bireyler arasında yayılabilmektedir. **CoVID-19'un** salgına dönüşmesindeki en önemli nokta burasıdır. Ayrıca **hastaların dokunduğu yüzey veya eşyalara sonradan dokunan kişilerin ellerini yüzüne-gözüne götürmesi, diğer insanlarla el sıkışma vb temaslara yayılım** da çok önemlidir. Virüsün insandan insana bulaşması için genellikle **1.8-2 metreden (6 feet) yakın temas** gereklidir. Ancak yeni yayınlarda bu uzaklık 4.5 metreye kadar çıkabilmektedir. Yine fekal-oral bulaş da bildirilmiştir.

Öte yandan, Çin'de COVID-19 pnömonisi ile yatırılan hastalar üzerindeki bir çalışmada **bulaşların %41 gibi önemli bir bölümünün hastane içi bulaş olduğu** ortaya konmuştur (Wang, 2020).

Havadan bulaş: Aerosolizasyon dediğimiz virüsün havaya yoğun şekilde karışmasına yol açan **entübasyon, bronkoskopi gibi işlemlerle bulaş olduğu** bilinmektedir. Ancak sadece nefes alma yoluyla havada asılı kalan partiküllerle bulaş olduğu az sayıda olguda gösterilmiştir. Havada virüsün 3 saat kadar asılı kaldığı gerçektir. Bu nedenle kapalı, az havalandırılan ortamlarda iki kişinin yakın mesafede birkaç dakikadan fazla

sohbet etmesinin dahi hastalık geçişine olanak verebileceği unutulmamalıdır.

Şüpheli hastalar kimlerdir?

CDC şüpheli temastan 2-14 gün sonra semptomların başlaması beklenir. Hastalık çok hafiften ağıra kadar değişik şekillerde ortaya çıkabilir. Şüpheli olgunun yakınmaları 38C ve üzeri ateş, öksürük, nefes darlığıdır.

Bu yakınmalar ışığında şüpheli kişinin izlemesi gereken yol basit şekilde şöyle maddelenmiştir:

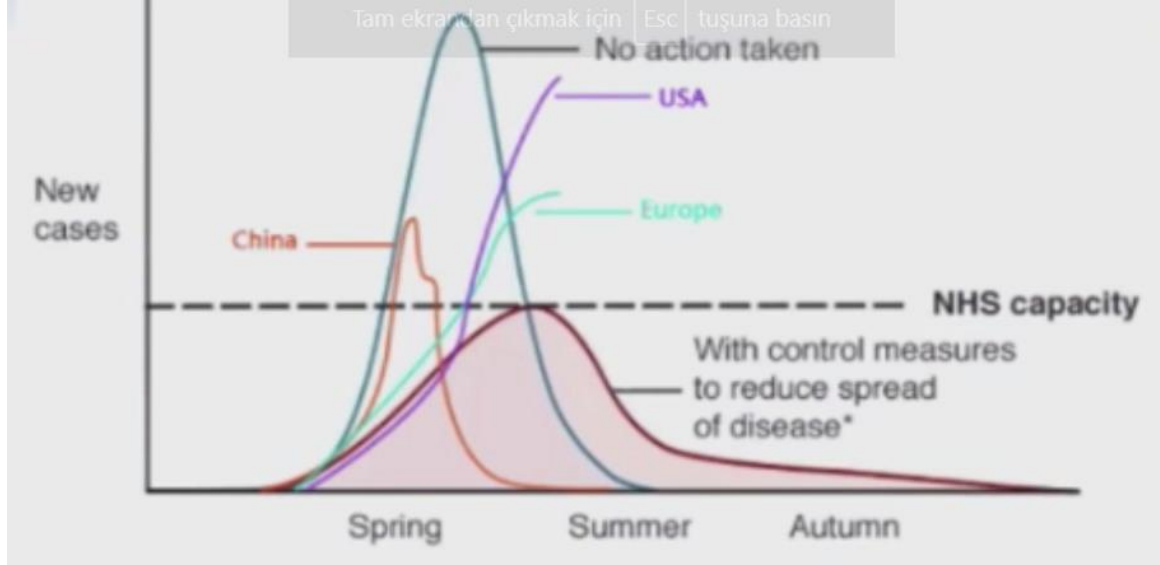
Evde kalma, sosyal/bireysel izolasyon (SBI) COVID-19 yayılımını önlemede ne kadar etkili?

Seattle Hastalık Modelleme Enstitüsü'ne göre hiçbir müdahale yapılmadığında, COVID-19'un 6-9 saatte ikiye katlandığı bilinmektedir. (IDM Coronavirus InfoHub: URL: <https://docs.google.com/document/d/1UZ4eyAqaNnmO4kYKF-Z9-HWA0y0wyR30RRAT-Wxi9c/preview>)

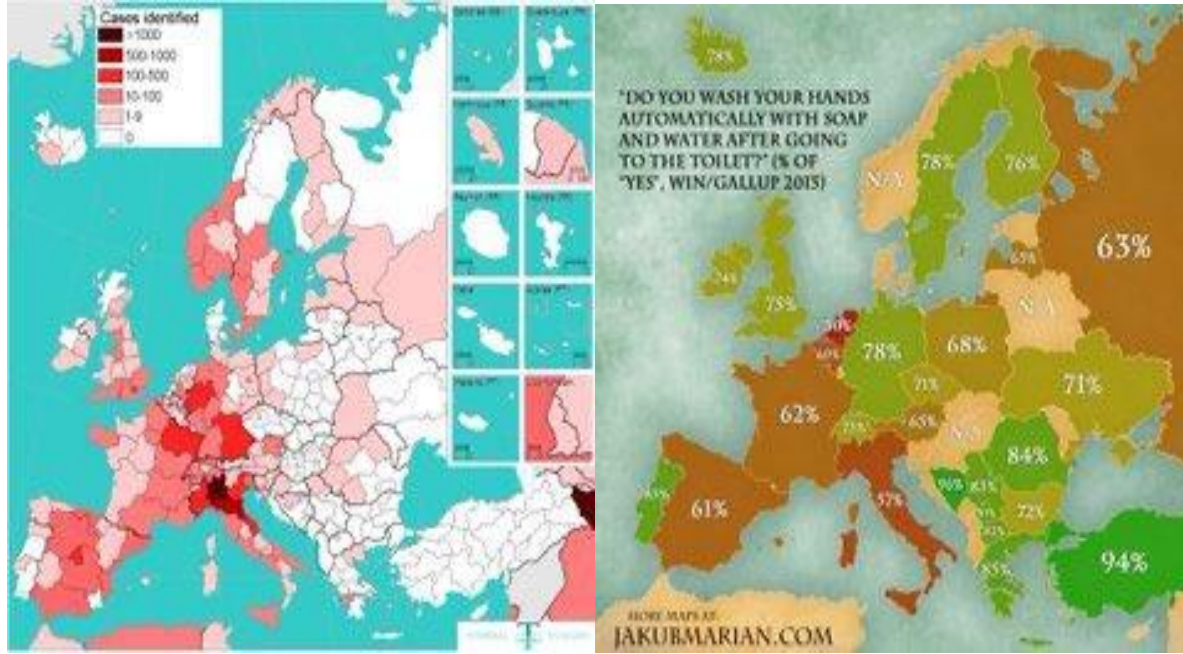
Virüs yayılmasına karşı SBI'nin olgu ve ölüm sayılarını nasıl etkilediği hakkında bir analiz yapılmıştır. Buna göre bugün 100 olan toplam vaka sayısı evden kalma yüzdeleri ve COVID-19 yayılma hızı ile oranlandığına iki hafta içinde:

%0 evde kalma ile 25000 vaka 500 ölüm
%25 evde kalma ile 5000 vaka 100 ölüm
%50 evde kalma ile 2000 vaka 40 ölüm
%75 evde kalma ile 200 vaka 4 ölüm
ortaya çıkıyor.
Başka bir deyişle, :

%75 evde kalma ile toplam vaka ve ölüm oranları
%99.2,
%50 evde kalma ile toplam vaka ve ölüm
oranları %92,
%25 evde kalma ile toplam vaka ve ölüm
oranları %80 oranında azaltılabilmektedir







Şekil 8. İngiltere sağlık sistemi için yapılan modellemede kontrol önlemleri yapılmadığında (mavi çizgi) ve sıkı izolasyon önlemleri ve sosyal mesafe kurallarına uyulduğunda (turuncu çizgi) hasta sayılarının nasıl değişeceğini ve kapasite aşımı sınırını gösteren diyagramlar. Çin’de bu önlemler alındığında seyrin nasıl olduğunu ise kırmızı çizgi göstermektedir.



Şekil 9. COVID-19 yayılımını engellemede el yıkamanın önemli olduğunu gösteren harita. İlk şekilde COVID-19 pozitif olgu sıklıkları, İkinci haritada ise tuvalet sonrası el yıkama sıklıkları gösterilmektedir. İlginç rastlantıyla (!) çok el yıkayan ülkelerde olgu sayıları düşüktür.

Coronavirüsün bulaştırıcılığı:

Hastalık	Grip	COVID-19	SARS	MERS
Hastalık Yapıcı Patojen	 Influenza Virüsü	 SARS-CoV-2	 SARS-CoV	 MERS-CoV
R_0 Temel Üreme Katsayısı	1.3	2.0 - 2.5*	3	0.3 - 0.8
VÖÖ Vaka Ölüm Oranı	%0.05 - 0.1	~%3.4*	%9.6 - 11	%34.4
Kuluçka Zamanı	1 - 4 gün	4 - 14 gün*	2 - 7 gün	6 gün
Hastanelik Vaka Oranı	%2	~%19*	Çoğu Vaka	Çoğu Vaka
Bireye Bulaşma İhtimali	%10 - 20	%30 - 40*	%10 - 60	%4 - 13
Yıllık Hasta (Küresel)	~ 1 milyar	Bilinmiyor (Devam Ediyor) (3.5 ayda 145.000+)*	8098 (2013'te)	420

Şekil 10. Çeşitli çalışmalarda COVID-19'un bulaştırıcılık gücü veya "yeni olgu üretim hızı" 2 ile 3 arasında, ortalamada ise 2.3 civarında olduğu hesaplanmıştır. (Imai et al., 2020), (Kucharski et al., 2020) (Wu, Leung, & Leung, 2020).

Şiddet dağılımı

Olguların içinde halen enfekte olan (iyileşme/ölüm gerçekleşmemiş) olan hastalardan %85 ila 93'ü hafif hastalık geçirmektedir. %15 civarında tıbbi yardım gereksinimi, %7 olguda ise kritik bakım söz konusudur. Kritik olanların yaklaşık yarısı ölmektedir. Toplamda seyri tamamlanan olguların ise %9'i ölmüştür. Bu nedenle mortaliteyi aşında %9 olarak okumak daha doğru olacaktır.

Kimler Kritik/Yoğun bakım desteği gerektirir?

Solunum yetmezliği, şiddetli pnömoni, genel durum bozukluğu, inatçı yüksek ateş, hipotansiyon saptanan hastaların yoğun bakımlarda tedavi alması gerekmektedir.

YB gereksinimi en çok solunum yetmezliği nedeniyle ortaya çıkar. Çin'de COVID-19 pnömonisi sonrasında ARDS'e giren 201 olguyu analiz eden çalışmada Wu ve ark. yaşın en önemli etken olduğunu belirtmekle birlikte yüksek ateşin iyileşen hastalarda daha fazla bulunduğunu, olumlu bir etken olduğunu belirtmişlerdir (Wu, 2020). Nötrofili, yaş, yüksek ateş, organ yetmezlikleri ARDS'e girmek için risk faktörleridir. LDH ve d-dimer yüksekliği de laboratuvar sonuçlarında ARDS için risk artışı gösterir.

Özet – Sonuç

Aralık 2019 sonundan beri tüm dünyada yarattığı pandemi ile gündemin en ön sırasına çıkan, turizmi durma noktasına getiren COVID-19 enfeksiyonu hem ölüm ve hastalıklara yol açarak, hem de sosyoekonomik yönden insanlığa zarar vermektedir. Kayıpları en aza indirmede kamucu ve toplumcu sağlık önlemlerinin yaşamsal önemde olduğu ortaya çıkmaktadır. Tanı kitlerinin akılcı kullanımı, tanı konan hastaların izolasyonu ve destek tedavi ölümleri azaltmada olmazsa olmaz koşullardır. Acil sağlık hizmetleri (112), acil tıp uzmanlığı, toplum hekimliği, iç hastalıklar, enfeksiyon klinikleri ve yoğun bakımlar işbirliği halinde çalışmak durumundadır. Hastanelerde olgu yönetimi için algoritmalar günün gereklerine göre güncellenmelidir. Bundan daha önemlisi halkın sağlık çalışanları ve kurumlarıyla işbirliği halinde olmasıdır. Hastalığın önlenmesi ve geriletilmesi için hem bireysel, hem de toplumsal önlemler, devletin yasa ve yönetmelik düzenlemeleriyle birlikte yürütüldüğünde etkili olabilecektir. Bireysel/sosyal izolasyonun kişisel hijyen ile birleştirilmesi yeni olguların çıkmaması için yaşamsal önem taşır.

Kaynaklar

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020 Feb 20;382(8):727-733.
2. Tang B, et al. An updated estimation of the risk of transmission of the novel coronavirus (2019-nCov). Infectious Disease Modelling 5 (2020) 248e255.

3. Imai N, Cori A, Dorigatti I, Baguelin M, Donnelly CA, Riley S, et al. (2020). Report 3: Transmissibility of 2019-nCoV. Available at: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-2019-nCoV-transmissibility.pdf>.
4. Kucharski A, Russell T, Diamond C, CMMID nCoV working group, Funk S&Eggo R. (2020). Analysis of early transmission of 2019-nCoV and implications for outbreaks in new locations. Available at: https://cmmid.github.io/ncov/wuhan_early_dynamics/index.html.
5. Wu JT, Leung K&Leung GM. (2020). Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: A modelling study. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30260-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30260-9).
6. Kruse RL. Therapeutic strategies in an outbreak scenario to treat the novel coronavirus originating in Wuhan, China. Version 2. *F1000Res*. 2020; 9: 72. Published online 2020 Feb 7. doi: 10.12688/f1000research.22211.2
7. Iuliano AD, Roguski KM, Chang HH, et al. Global Seasonal Influenza-associated Mortality Collaborator Network. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. *Lancet*. 2018 Mar 31;391(10127):1285-1300.
8. Peng YD, Meng K, Guan HQ, et al. [Clinical characteristics and outcomes of 112 cardiovascular disease patients infected by 2019-nCoV]. [Article in Chinese] *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi*. 2020 Mar 2;48(0):E004.
9. Han L, Ran J, Mak YW, et al. Smoking and Influenza-associated Morbidity and Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology*. 2019 May;30(3):405-417.
10. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med* 2020 Mar 10. doi: 10.7326/M20-0504. [Epub ahead of print]
11. Gurwitz D. Angiotensin receptor blockers as tentative SARS-CoV-2 therapeutics. *Drug Dev Res* 2020 Mar 4. doi: 10.1002/ddr.21656. [Epub ahead of print]
12. Lau B, Gange SJ, Moore RD. Risk of non-AIDS-related mortality may exceed risk of AIDS-related mortality among individuals enrolling into care with CD4+ counts greater than 200 cells/mm³. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;44(2):179-87.
13. Gao J, Tian Z, Yang X. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. *Biosci Trends*. 2020 Feb 19. doi: 10.5582/bst.2020.01047. [Epub ahead of print]
14. Zhao W, Zhong Z, Xie X, Yu Q, Liu J. Relation Between Chest CT Findings and Clinical Conditions of Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Multicenter Study. *AJR Am J Roentgenol*. 2020 Mar 3:1-6. doi: 10.2214/AJR.20.22976. [Epub ahead of print]
15. Rasmussen S, Smulian J, Lednický J, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. *Am J Obst Gynecol* 2020 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>
16. Wang X, Zhou Z, Zhang J, et al. A case of 2019 Novel Coronavirus in a pregnant woman with preterm delivery. *Clin Infect Dis* 2020 doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa200>
17. <https://www.who.int/emergencies/what-we-do/prevention-readiness/disease-commodity-packages/dcp-ncov.pdf?ua=1>.
18. Li LQ, et al. 2019 novel coronavirus patients' clinical characteristics, discharge rate and fatality rate of meta-analysis. *J Med Virol*. 2020.

19. Zhou F, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020.
20. Lim J, Jeon S, Shin HY, et al. Case of the Index Patient Who Caused Tertiary Transmission of COVID-19 Infection in Korea: the Application of Lopinavir/Ritonavir for the Treatment of COVID-19 Infected Pneumonia Monitored by Quantitative RT-PCR. *J Korean Med Sci*. 2020 Feb 17;35(6):e79.
21. Richardson P, Griffin I, Tucker C, et al. Baricitinib as potential treatment for 2019-nCoV acute respiratory disease. *The Lancet* 2020
22. Han Q, Lin Q, Jin S&You L. **Coronavirus 2019-nCoV**: A brief perspective from the front line. *J Infect*. (2020). Feb 25. pii: S0163-4453(20)30087-6. doi:10.1016/j.jinf.2020.02.010
23. Martinez MA. Compounds with therapeutic potential against novel respiratory 2019 coronavirus. *Antimicrob Agents Chemother*. 2020 Mar 9. pii: AAC.00399-20. doi: 10.1128/AAC.00399-20. [Epub ahead of print]
24. Ko WC, Rolain JM, Lee NY, et al. Arguments in favor of remdesivir for treating SARS-CoV-2 infections. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 Mar 5:105933. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105933.
25. Zhao et al. Relation Between Chest CT Findings and Clinical Conditions of Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Multicenter Study *AJR* 2020;215:1-6.
26. Zu ZY et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Perspective from China. *Radiology*. Published Online: Feb 21 2020; <https://doi.org/10.1148/radiol.2020200490>
27. China Endorses Avigan / Favipiravir For COVID-19 Disease Treatment. URL: <https://www.precisionvaccinations.com/avigan-favipiravir-t-705-broad-spectrum-inhibitor-viral-rna-polymerase?amp>
28. Yao X, Ye F, Zhang M, Cui C, Huang B, Niu P, et al. In Vitro Antiviral Activity and Projection of Optimized Dosing Design of Hydroxychloroquine for the Treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Clin Infect Dis* Published Online First: 9 March 2020. doi:10.1093/cid/ciaa237
29. Chen C, Zhou Y, Wang DW. SARS-CoV-2: a potential novel etiology of fulminant myocarditis. *Herz*. 2020 Mar 5. doi: 10.1007/s00059-020-04909-z. [Epub ahead of print]
30. Qian GQ, Yang NB, Ding F, et al. Epidemiologic and Clinical Characteristics of 91 Hospitalized Patients with COVID-19 in Zhejiang, China: A retrospective, multi-centre case series, *QJM: An International Journal of Medicine*, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa089>
31. IDM Coronavirus InfoHub: URL: https://docs.google.com/document/d/1UZ4eyAqaNnmO4kYKF-Z9-HWA0y0wyR30RRAT-_Wxi9c/preview
32. Wu JT, Leung K, Bushman M. et al. Estimating clinical severity of COVID-19 from the transmission dynamics in Wuhan, China. *Nat Med* (2020).
33. Shim E, et al. Transmission potential and severity of COVID-19 in South Korea. *Int J Infect Dis* 2020, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.31>
34. Wang D, Hu B, Hu C et al (2020) Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *J Am Med Assoc*. 2020 Feb 7. doi: 10.1001/jama.2020.1585. [Epub ahead of print]