

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA SAĞLIK HİZMETLERİ- Prof. Dr. Şennur Dabak

Toplumun normal yaşam düzenini bozan, yanıt verme ve uyum sağlama kapasitesini aşarak, dış yardım gereksinimi doğuran, can ve mal kaybıyla sonuçlanan olaya afet (olağanüstü durum) denir.

Afetler en başta doğal afetler ve yapay afetler olmak üzere ikiye ayrılır. Bu iki tür de, kendi içinde, afetin oluş şekline göre sınıflandırılır.

Bir olayın afet tanımı içine girmesini belirleyen en önemli özellik dış yardıma gereksinim duyulmasıdır. Dış yardımdan ise, salt uluslararası yardım anlaşılmalıdır. Burada önemli olan, oluşan olay ile toplumun kendisinin baş edememesi ve olay yerinin (yerleşim birimi) dışından herhangi bir yerden yardımın zorunlu olmasıdır.

AFET TÜRLERİ

A.Doğal Afetler

- 1.Yerküre Hareketine Bağlı Olanlar: Deprem, Heyelan, Çökme, Volkanik patlama
- 2.Atmosfer Hareketine Bağlı Olanlar: Kasırga (Siklon, Tayfun, Tornado)
- 3.Hidrosfer Hareketine Bağlı Olanlar: Tufan, Sel, Çığ
- 4.Ekolojik Bozukluğa Bağlı Olanlar: Kuraklık, Kıtık, Çölleşme (Yavaş başlangıçlı afetler)

B.Yapay Afetler

- 1.İstemli afetler: Nükleer Savaş, Konvansiyonel Savaş, Nükleer Denemeler, Sabotajlar
2. Kaza ve İhmaller: Nükleer Santraller, Kimyasal Madde Kazası, Hava Kirliliği, Yangın ve patlamalar

Olağanüstü Durumların Özellikleri:

*Tıbbi kaynaklar yetersiz kalır.

*Ani olarak meydana gelir.

*Etkilenenlere ulaşmak zorlaşır/ tehlikeli hale gelir.

*Çevre kirliliği ve salgın riskine bağlı olarak etkilenenlerin sağlığı olumsuz etkilenir.

Afet Tıbbında kıt kaynakların varlığında, en çok sayıda yaralıya en büyük yararı sağlamak önemlidir.

Doğal Felaketlerin İnsan ve Çevre Sağlığına Verdikleri Zararlar:

* Yaralanma ve ölüm

* Binaların zarar görmesi: En çok depremlerde olmakla birlikte, inşaat özellikleri ve nüfus yoğunluğuna bağlı olarak tüm doğal felâketlerde görülür. Barınma gereksinimi ortaya çıkar.

* Su, elektrik, gaz, kanalizasyon sistemlerinin zarar görmesi: En çok depremlerde görülür. Su sağlama (depolama) sistemleri, sıvı taşıma ve katı atık depolama sistemlerinin zarar görmesi veya aşırı yüklenmesi de doğal felaketlerin sonucudur ve su ve gıda kaynaklı hastalıkların artmasının en önemli nedeni olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle öncelikle yapılması gereken, insanların tüketimi için yeterli miktarda su sağlanmasıdır.

* Biyolojik ve kimyasal kontaminasyon: Depremlerde ender olmasına karşın, fırtına ve sel felaketlerinde önemli düzeyde kontaminasyon beklenir.

* Su ve gıda kontaminasyonu: Özellikle sel felaketlerinden sonra ciddi sorunlara yol açması beklenir. Depremlerde katı atık depolama sisteminin bozulmasıyla sanitasyon azalır, su ve gıda stoklarının kontaminasyonu ve vektörlerin çoğalması sonucu hastalık riski artar.

* Su, toprak ve hava kirliliği: Tüm doğal felaketlerde karşılaşılan bir sorundur. Yukarıda bahsedilen biyolojik kirliliğin yanısıra kimyasal kirlilikler de oluşabilir.

* Vektör üreme alanlarının çoğalması: Tüm doğal felaketlerden sonra uzun vadede önemli sorunlar yaratabilir. Sıtma, sarıhumma, tularemi ve tifüs gibi hastalıklara neden olan

vektörlerin sayısının artması doğal felaketlerin çok bilinen sonuçlarındandır (özellikle bu hastalıkların, bölgede endemik olarak bulunmaları halinde).

* Ulaşım ve iletişim kesintisi: Tüm doğal felaketlerde önemli bir sorundur. Bölgenin durumu hakkında bilgi almak ve yardım göndermek zorlaşır.

* Nüfus hareketlerine bağlı olarak gereksinimlerin artması: Özellikle fırtına ve sel felaketlerinde görülür. Felaket ve sonucundaki göçe bağlı olarak ortaya çıkan yüksek nüfus yoğunluğu, felaketlerin çevre sağlığı koşullarını ve hizmetlerini, özellikle yeterli hazırlığın bulunmadığı koşullarda çok olumsuz etkiler.

Araç, gereç ve insan gücü yetersizlikleri nedeni ile, birincil sağlık hizmetlerinden çok ikincil (sağaltıcı) acil sağlık hizmetleri verilebilmektedir. Sonuç olarak da gerçekte var olan acil durumun çözümü için daha çok zaman ve kaynak gerekmektedir.

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

*Felaketin yol açacağı psişik stres ve nüfusun yoğun olduğu alanlarda yangın çıkması başka bir sorundur.

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARA HAZIRLIKLI OLMA

BİRİNCİL KORUMA (Önleme- Hazırlıklı Olma-Uyarma)

a. Örgütlenme

b. Planlama

- Kaynakların saptanması
- Gereksinimlerin belirlenmesi (Senaryolar!)
- İş / Eylem planlarının yapılması

c. Alarm Sistemi Kurma

Depremler için henüz etkin bir haber alma sistemi geliştirilmemiş olmakla birlikte, atmosfer hareketleri 24-72 saat önceden haber alınabilir. Olağanüstü durumu ve yapılacakları halka iletmek için de bir anons sistemine gereksinim vardır.

d. Eğitim: -Sivil savunma ekipleri

-Askeri birlikler

-Polisler

-Sağlık personeli

Hem halkın, hem de afette görev alacakların afet anında neler yapması gerektiği, nasıl korunacakları, yanlarında bulundurması gerekenler, acil ve ilk yardım eğitimi gibi konularda eğitilmesi gerekmektedir.

e. Alt Yapının Güçlendirilmesi

f. Yasal Düzenlemeler

Afet durumunda kamu ve özel araçlara el konulması, resmi ve sivil personel görevlendirmeleri, depreme dayanıklı ve uyulması zorunlu bina projeleri, sel yatakları ve heyelan bölgelerinin imara açılmaması, konut ve araç sigortaları yaptırılması, kriz masasında kimlerin hangi görevi alacakları, bütçeden yardım fonu ayrılması gibi birçok yasal düzenleme yapılarak afetin zararları minimuma indirilmeye çalışılır.

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), 2009 yılından itibaren afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması, afetlere müdahale edilmesi ve afet sonrasındaki iyileştirme çalışmalarının yönetim ve koordinasyonunu gerçekleştirmek için ülkenin tüm kurum ve kuruluşları arasında işbirliğini sağlayan kurumdur. Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) ise, görevleri enkaz altında kalmış kişilerin kurtarılma sürecinde medikal destek sağlamak olan, sağlık çalışanlarından, tıbbi personelden oluşan bir yapıya sahip birimdir.

İKİNCİL KORUMA

Afet Sırasında ve Hemen Sonra Yapılacak Çalışmalar (Acil Durum Yönetimi)

1. Afete uğrayan bölgenin ve etkilenen nüfusun belirlenmesi
2. Enkaz kaldırma, kurtarma ve yıkıntının temizlenmesi
3. Afetzedelerin beslenmesi
4. Afetzedelerin barındırılması ve ısıtılması
5. Ulaşım ve haberleşmenin sağlanması
6. Emniyet ve güvenliğin sağlanması
7. Koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı hizmetleri
8. Tıbbi bakım

Beslenme:

Afetzedeler kurtarıldıktan sonra ilk iş henüz bir şok geçirmekte olan bu kişilere sıcak bir içecek verilmesidir. Herhangi bir şey yiyecek durumda olmayan bu kişilere verilecek bir bardak çay, beslenmelerini sağlamasa bile morallerini düzeltmede önemli bir rol oynar. Afet sırasındaki beslenme stratejisini özetlemek gerekirse:

- İlk bir kaç saatte afetzedelere sıcak içecek verilmeli, kurtarma çalışmaları yapanların ve çocukların beslenmesi sağlanmalıdır.
- İlk iki gün: Önceden hazırlanmış bulunan yiyecek paketlerinin dağıtılması. Bunlar afetten önce hazırlanıp depo edilmiş veya afetten kurtarılmış yiyecek maddeleridir. Daha çok kuru besinlerden oluşurlar.
- İki-On gün arasında: Bu sırada kurulmuş bulunan sahra mutfakları; fırınlar ve gelen diğer gıda yardımı ile afetzedelere yemek sağlanması. Yetişkinlere günde iki öğün, çocuk, gebe ve emzikli kadınlara günde üç öğün yemek verilir.
- 10. günden sonra: Afetzedelere yakacak, ocak, mutfak malzemesi sağlanarak, kendi yiyeceklerini kendilerinin hazırlamaları gerçekleştirilir. Bu dönemde afetzedelere ekme ve diğer yiyecek maddelerinin adilce ve karışıklığa yol açmadan dağıtılmasını sağlayan bir sistem kurulmalıdır.

Afetzedelerin beslenmesinde göz önünde tutulması gereken birkaç önemli nokta vardır. Yardım olarak sağlanan yiyecek maddesi yerel halkın alışkın olduğu, kolayca kabul edip hazırlayabileceği yiyecek maddeleri olmalıdır.

Kişi başına ortalama günde 2100 kcal(0,5 kg tahıl/gün/kişi) sağlanmak üzere diyet düzenlenmelidir. Kalorinin % 65'i karbonhidratlardan, % 20'si yağlardan, % 15'i proteinlerden sağlanmalıdır.

ÜÇÜNCÜL KORUMA(REHABİLİTASYON)

Üçüncül koruma, afetzedelerin önce yakınlarının yanına veya geçici yerleşim yerlerine taşınıp yerleştirilmesi, bir yandan da yıkıntının kaldırılıp yeni binalar inşa edilmesidir.

SAĞLIK HİZMETİ PLANLANMASI:

1.Sağlık Durumu Değerlendirilmeli

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

A)Demografik Özellikler: Toplam nüfus, nüfusun yaş ve cinsiyet yapısı, risk grupları, ortalama aile büyüklüğü,vb.

Uluslararası Kızılhaç Federasyonu risk gruplarını şu şekilde tanımlamıştır:

“Yaşamı, asgari sosyal, ekonomik güvence ile insani koşullarda yaşama kapasitesini tehdit eden durumlardan dolayı en büyük risk altında olanlar”

Risk Grupları:

Yalnız çocuklar/ Travmaya maruz kalmış çocuklar

Yalnız kadınlar / İzole kadınlar

Fiziksel engeli olanlar

Psikolojik engeli olanlar

Yalnız yaşlılar

Destekten yoksun aile reisleri (kadın ya da erkek)

İşkence ya da şiddet kurbanları,

Sosyal ve etnik azınlıklar, mülteciler

(İrk, din, sosyal sınıf veya politik görüşü nedeniyle zulüm göreceğinden korkarak kendi ülkesinden başka bir ülkeye kaçan kişiye “mülteci”; aynı ülke içinde başka bölgeye giden kişiye de “yerinden edilmiş kişi” denir.)

B-Daha Önceki Sağlık Durumu

Daha önceki temel sağlık sorunları, sağlık hizmeti kaynakları, önemli sağlık inançları, alışkanlıkları ve koruyucu sağlık hizmetlerinin niteliği (Ör. Aşılama oranları)

C-Mortalite (Ölümlülük) Ölçütleri

Kaba ölüm hızı, yaşa özel ölüm hızları (Ör. Bebek ölüm hızı, 5 yaş altı çocuk ölüm hızı), nedene özel ölüm hızı

Kaba ölüm hızının hesaplanması:

Günlük olarak meydana gelen ölümler 10.000 kişi için hesaplanabilir.

Kaba ölüm hızı, olağanüstü durumdan etkilenen toplumların sağlık durumunu en doğru yansıtan göstergedir. Toplum sağlığının bozulduğunu ya da düzeldiğini gösteren en kritik endikatördür. Birçok uluslar arası yardım kuruluşu bu değeri esas alarak harekete geçer.

Yardım programlarının etkisini takip etmede kullanılır.

Mortalite hızının yüksek olduğu acilin erken safhalarında, kaba ölüm hızını;

ölüm sayısı/ 10.000 kişi/ gün olarak vermek yararlıdır.

Kaba ölüm hızı, >1 ölüm/10000kişi/gün (eşik değer) olduğunda durum, olağanüstü durum olarak değerlendirilir.

Çoğu gelişmekte olan ülkede, normal toplumda günlük kaba ölüm hızı on binde 0.3-0.6 dır.

Gelişmiş ülkelerde ise on binde 0.2 dır.

D-Morbidite (Hastalık) Ölçütleri

Bilgi toplama yöntemleri: Sağlıkçı olan kaynak kişilerle görüşme, basit bir sörveyans sistemi oluşturma, hızlı bir araştırma ve planlama

Sık karşılaşılan sorunlar (ishal, akut alt solunum yolu enf., malnütrisyon vb...)

Potansiyel salgın hastalıklar (kızamık, sıtma, kolera, tifo vb.)

Sağlık hizmet kullanımı ile ilgili bilgiler (haftalık poliklinik sayısı, ev ziyareti sayısı, açılan çocuk sayısı, haftalık yeni gebe sayısı vb.)

2. Tıbbi Gereksinim Belirlenmeli

Olağanüstü durumlarda yapılacak girişimlerde temel amaç, morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır. Gereksinimlerin belirlenmesi için öncelikle olağanüstü durum öncesinde iyi bir planlama yapılmalıdır. Olağanüstü durumdan sonraki ilk bir hafta, acil tıbbi müdahaleler ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik ilaç ve tıbbi malzeme gereksinimi vardır.

Hedef kitlenin tam olarak bilinmesi büyük önem taşır. Erken dönem gereksinimleri öncelikle, yerel kaynaklardan, yakın bölgelerdeki kuruluşlardan sağlanmalıdır. İyi bir bölgesel eşgüdüm ile yerel kaynaklardan sağlanacak malzemenin dağıtımına kadar, bu malzemeyi kullanacak sağlık personeli ve bunların organizasyonu da önemlidir. Gerekli soğuk zincir organizasyonu sağlanmadan aşı gibi bozulabilecek malzeme isteği yapılmamalıdır. Erken dönemde gereksinimler ve öncelikler belirlendikten sonra, yapılacak uluslararası yardım istekleri, daha etkili ve daha yararlı olacaktır. Çünkü çevreden gelecek yardımlar 48 saatten önce etkin hale geçememektedir.

3. Barınma Yeri Sağlanmalı

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

Her 1000 kişi için 3-4 hektar alan, her çadır için kişi başına en az 3,5 metrekare alan olmalıdır.

4. Sağlıklı ve Yeterli Su Sağlanmalı

Su tanklarının kapasitesi en az 200 litre olmalı, en uzaktaki çadırdan bir tankın uzaklığı en fazla 100 metre olmalıdır.

Sağlanması gereken en az su miktarı: 15-20 litre/kişi/gün

Su Dezenfeksiyonu: Bütün uygulamalar, normal klorlama sisteminin düzeltilmesi ve su kaynaklarının korunması çabası göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Klorlama merkezi olarak yapılamıyorsa ferdi klorlamaya gidilmelidir. Acil koşullar altında küçük miktarlardaki suyun dezenfeksiyonunda en yaygın olarak kullanılabilen ajanlar klor, iyot ve potasyum permanganat'tır. Ancak kullanım kolaylığı, kolay elde edilebilirliği ve özellikle kalıcı dezenfektan etkisi nedeniyle klor tercih edilmelidir. Litrede 0.7-1 mg serbest klor yeterli dezenfeksiyon düzeyi olarak kabul edilir. Su dezenfekte edildikten en az 30 dakika sonra kullanılabilir. Bireylere kişisel dezenfeksiyon ve kişisel klorlama öğretilmelidir.

*Klor tabletleri (Halazon): Bir litre suya bir tablet (4 mg) atılır ve 30 dakika beklenir.

*Kireç kaymağı: Bir litre suya iki çorba kaşığı (40gr) kireç kaymağı konur ve 30 dakika beklenir. Dibe çökme olduktan sonra bulandırmadan üstteki sıvı alınır, plastik kaplarda saklanır. Bu çözelti iyi saklanırsa 10-15 gün kullanılabilir. Dezenfekte edilecek suyun bir litresi için bu % 1'lik klor çözeltisinden üç damla eklenir, 30 dakika sonra dezenfekte edilmiş su olarak kullanılabilir.

*Sodyum hipoklorit solüsyonu (Çamaşır suyu): Acil hallerde bu sıvı, dezenfektan olarak kullanılabilir. Klor içeriği genellikle % 3-10 arasındadır.

5.Katı (çöp) ve Sıvı Atık (idrar ve dışkı) Kontrol Edilmeli

Son zararsızlaştırma şekli yakma veya toprağa gömme olmalıdır. Çöp konteynerleri kapaklı plastik veya metal olmalı.

Kampta uygun tuvalet çukurları açılmalıdır. Bu çukurların özellikleri:

Tuvaletlerin (her 25 kişiye 1 kabin olacak şekilde) çadırlardan 30-50 m uzağa kurulması ve her 50 kişiye bir duş kabininin kurulması gereklidir. Geçici yerleşim yerlerinde kurulacak tuvaletler başlıca iki şekilde olabilir:

- Geçici Tuvaletler: (Yüzeyel çukurlar-sahra tuvaleti) Uzun süre kullanılması gerekmeyen durumlarda, hemen inşa etmek ve kullanmak gerektiğinde, daha kalıcı bir tuvalet yapılmaya kadar düşünülebilir. Bu tuvaletin her kullanımından sonra üzeri toprak ve kireçle kapatılır. Çukur dolunca üzeri 30 cm toprakla tamamen kapatılır ve yeni bir çukur açılır.
- Kalıcı Tuvaletler: Daha uzun süre kullanılabilen tuvalet çukurudur. Tuvalet bir hatla çukurla ilişkilendirilir. Üzerinin kapatılarak dışarı ile direkt temasının kesilmesi gerekir. Parçalanmayı ve çürümeyi kolaylaştırmak için içine çakıl taşları doldurabilir. Hela taşının altına S şeklinde boru konur, böylece tuvalet ile çukur arasındaki açıklık giderilmiş olur.

Suyu korumak için, su kaynağı ile kirlilik kaynağı arasında yatay olarak en azından 30 metre, dikey olarak da 3 metre olmalıdır.

6.Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Edilmeli

Olağanüstü durumlarda bulaşıcı hastalık kontrolü dört başlık altında toplanabilir:

Çevre sağlığı çalışmaları, bağışıklama, ilaçla korunma, karantina ve izolasyon.

*Çevre Sağlığı çalışmaları, temel sanitasyon hizmetleri ve barınak sağlanmasını içermelidir. Temel sanitasyon hizmetleri içinde de atık yok edilmesi, temiz su sağlanması, kişisel temizlik, besin sağlanması, vektör kontrolü, ölümlerin yok edilmesi ele alınmalıdır. Öncelik barınak sağlanması, temiz su ve atık kontrolüne verilmelidir. İnsan ve hayvan ölümleri nadiren bulaşıcı hastalık salgılarına neden olur. Bu nedenle ölümlerin yok edilmesine (bulaşıcı hastalık riski açısından değil), kültürel nedenlerle öncelik verilmelidir. Belirtmekte yarar var; afetlerden sonra ölümler bulaşıcı hastalık kaynağı olmazlar. Geçici yerleşim yerlerinde dört haftadan daha uzun kalanlarda yerleşim yerinin koşullarına, yerel halkın sağlık sorunlarına bağlı olarak pek çok bulaşıcı hastalık görülebilir, çünkü sık olarak görülen hastalıkların kuluçka süresi genellikle dört haftadan kısadır. Bu koşullarda en sık görülen ve sıklıkla ölüme yol açan hastalıklar; diyareli hastalıklar (kolera ve basilli dizanteri dahil), kızamık, akut alt solunum yolu enfeksiyonları ve sıttadır.

Doğal nedenli olağanüstü durumlar arasında en çok bulaşıcı hastalık görüleni sellerdir. Çünkü su şebekeleri ve arıtma sistemleri hasar görür, kanalizasyon taşmaları oluşur ve kontamine gıda, su ve eşyalarla bulaşan enfeksiyöz hastalıklar daha çok ortaya çıkar. Suyu bulaşan enterotoksijenik E.coli enfeksiyonları, şigellosis, hepatit A, giardiazis, özellikle de leptospirozis salgınları görülme riski artar. Sellerden sonra yuvaları bozulan fare gibi kemiriciler sel ortamında artar ve enfekte fare idrarı ile kirlenen su ve besin maddelerinin sindirim yolu ile ya da kirli sel suları ile bütünlüğü bozulmuş ciltlere temas sonrası leptospirozis (Weil hastalığı) olguları görülebilir.

*Bağışıklama: Kitle aşılama ve kitle kemoproflaksisi önerilmemektedir. Bunun yerine hastalık açısından riskli olan gruba yönelik programlar uygulanır.

Aşılama durumu bilinmeyen çocuklar aşılanmamış kabul edilir ve yeniden aşılama programına alınır. Bağışıklama çalışmalarının, tifo, kolera ve tetanoza karşı kitle aşılamalarını içermesi etkili ve pratik bir yöntem değildir. Ancak 30 günden daha uzun kalınacak yerleşim birimi ise çocuk ve gebelerin rutin bağışıklama programı başlatılmalıdır. Özellikle kızamık aşılması 9 aylıktan itibaren 12 yaşa kadar tüm çocukları kapsamalıdır. Bağışıklama çalışmaları başlamadan önce soğuk zincir mutlaka sağlanmalıdır.

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

*Karantina ve izolasyon hastalığın özelliğine göre gerekebilir.

Gıda maddelerinin kolay bozulmayan ve pişirilmesi gerekmeyen türden seçilmesi, mikroorganizma üremesini ve besin kaynaklı zehirlenmeleri engelleyecektir.

İlaç ve Malzeme Ambalajının renk kodu standart olarak konmalı;

KIRMIZI: Gıda

MAVİ : Giysi, Ev Araç-Gereci

YEŞİL : Tıbbi Malzeme, İlaç

Etiketlendirme : Ambalaj etiketleri; İngilizce olmalı. İkinci bir dil eklenebilir.

Etiketler, renk koduna uygun renkte olmalı. İlaçların ismi, son kullanım tarihi, saklanmaları gereken ısı, alıcı ve gönderici hakkında ayrıntılı bilgiler olmalı.

Boyutu : Bir kişi taşıyabilmeli (25 - 50 kg)

Sağlık Personeline Düşen Görevler:

1. Triyaj, ilk yardım, acil yardım

Trijaj: Hasta ve yaralıların ilk başvuru noktalarında sağlık durumlarına göre müdahale sınıflarına ayrılmasıdır. Hekim, yalnızca aciliyet durumunu dikkate almalıdır. (Felaket Olayında Tıbbi Etik Kuralları) İlk muayeneden sonra kişiye sağlık durumuna göre dört ayrı renkteki triyaj kartlarından biri takılır. Afette kurtarma ve ilk yardım çalışmaları, olay anından hemen sonra başlayarak 6-10 gün kadar sürer.

Trijajda iki ana esas vardır:

* Hasta sayısının sağlık görevlisi sayısından az olması durumunda: Hayati yaralanmaları olan ve multiorgan yaralanması olan hastalar öncelikle tedavi edilirler.

* Hasta sayısının sağlık görevlisi sayısından çok olması durumunda: Felaketler sıklıkla bu gruba giderler. Bu durumda, en fazla yaşam şansı olan hastalara ve en kısa sürede müdahale edilebilecek hastalara öncelik tanınır. Özellikle doğal afet gibi çok fazla sayıda yaralının olduğu durumlarda triyaj sınıflaması kullanılmaktadır. Bu sınıflamada yaralılar aşağıdaki şekilde dört gruba ayrılırlar:

a) Kırmızı kart: Acilen yaşam mücadelesi yapılması gereken olgulardır.

b) Yeşil kart: Acil müdahale gerektirmeyen, ancak yatırılarak izleme ve bakım gerektiren olgulardır.

c) Sarı kart: Zaman kaybedilmemesi gereken olgulardır.

d) Siyah kart: Sağlık personeline ulaştığında ölmüş olanlardır.

Depremde en çok ölüm riski altında olanlar 5-9 yaş çocuklar ile 60 yaşın üzerindeki yaşlılardır.

2. Koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı hizmetleri

3. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi

İl- İlçe Sağlığı Koruma Kurulu

- Başlıca üç görevi:
1. Hızlı karar- kısa sürede müdahale
 2. Yasal boşlukları doldurma
 3. Sektörler arası eşgüdüm

4. Tıbbi bakım / Tedavi hizmetleri / Rehabilitasyonu hızlandırma

KAYNAKLAR

1. Karababa AO (Ed), 2002. Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri, Sağlık Çalışanının El Kitabı, Türk Tabipleri Birlięi Merkez Konseyi, Ankara.
2. Altıntaş KH, 2012. Afetler ve Afet Tıbbı, Halk Sağlığı Temel Bilgiler II.Cilt, Güler Ç, Akın L, ed.ler, Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Genişletilmiş İkinci Baskı, Ankara, 1105-1131.
3. Arda B, 2003. Tıp ve Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler, Çağdaş Tıp Etięi, Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş, ed.ler, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti, İstanbul, 53-85.