

## Olağan üstü durumlarda çocuk sağlığı

### *Child health in case of emergency*

Attila Alp Gözübüyük, Ensar Duras, Hüseyin Dağ, Vefik Arıca

#### ÖZET

Stockholm Bildirgesi'nde, "Tıp açısından olağan dışı durumlar, belirli bir zaman dönemi içerisinde tıp mesleğinin kapasite ve kaynakları ile olağan dışı durumdan etkilenen kişilerin veya sağlığı tehdit altında olan insanların gereksinimleri arasında akut ve önceden görülemeyen bir dengesizlikle karakterizedir" denmektedir. Fizyolojik ve psikolojik anlamda gelişmekte olan bir organizmanın iç ve dış uyaranlardan etkilenme potansiyeli yüksek olduğundan, nedensellik gözetmeksizin çocukluk dönemi riskli bir dönemdir. Bu risklerin tümü çocuğu, aileyi ve toplumu kapsar. Risk değerlendirmesinde çocuğun; Yaşama, korunma, gelişme ve katılım hakları insani ve dahi hukuki anlamda temel alınmalıdır. Çocuğun toplumsal yaşamın öznesi olduğunu göz önünde bulundurarak meydana gelecek zarar domino taşı etkisi yaratmadan önce fark edilmeli, oluşan yaralanmalar tedavi edilmeli ve kendi kendinin dinamosu olacak önlemlerle yinelenmesi engellenmelidir. Çocuk Hakları sözleşmesi riskli durumlardan çocukları korumak üzere başta bizim gibi çocuk doktorları olmak üzere herkese bu haklara uyulmadığı taktirde uyarı yapılması ve devletlere bu konudaki görevlerinin hatırlatılması hakkını vermektedir. Olağan üstü durumlarda sağlık, güvenlik, eğitim kapsamında yapılan değerlendirmelerle akılcı ve pratik yaklaşımlar üretilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Olağanüstü, göç, çocuk, savaş, afet

#### OLAĞAN ÜSTÜ DURUMLARDA ÇOCUK SAĞLIĞI

Çocuk hekimliği disiplininin diğer dallardan ayıran sosyal etkileşim kuvveti ve toplumun evrimine tesir gücü göz önünde bulundurulduğunda olağan üstü durumlar gibi kitlesel etkisi yüksek zararların önlenmesinde çocuklarla alakadar olan sağlık çalışanlarının rolleri ve mesuliyetleri büyüktür. Olağanüstü şartlarda mevcut tababet yaklaşımına ek olarak alınması gereken önlemleri bilmek çok önemlidir.

#### ABSTRACT

In the Stockholm Declaration, it states that " The emergency in terms of medicine is characterized by the acute and unforeseeable imbalance between the capacity and sources of the medicine profession within a certain period of time and the requirement of people affected by the emergency situation or people whose health are under threat." Since potential exposure from the inner and outer stimulus is higher for the organism that is developing in physiological and psychological sense, childhood period is a risky period without considering causation. All of the risks cover the child, family and society. In risk evaluation, live, protection, development and participation rights of child shall be basis in humane and legal sense. Considering the fact that child is the subject of the social life, the damages that may happen should be realized before creating domino effect and injuries should be treated and they should be prevented with precautions that are the dynamo of themselves. Convention on the rights of children gives right to all of us in particular to pediatricians like us to warn and remind states of their duties in the event of failure to abide by these rights to protect the children from risky situations. Reasonable and practical approaches shall be produced with evaluations conducted in the scope of the health, security and education in case of emergency. *J Clin Exp Invest* 2015; 6 (3): 324-330

**Key words:** Extraordinary, immigration, child, war, disaster

Bu derlemede savaşlar, göçler ve afetler gibi olağan üstü durumlarla çocukların özellikli etkileşimleri üzerinde durulmuş, önleme, müdahale, koruma, tanı ve tedavi hususlarında pratik öneriler paylaşılmaya çalışılmıştır.

#### SAVAŞ VE ÇOCUK

Savaş şiddetin kolektif halidir ve bir halk sağlığı sorunudur. Savaşın yıkıcı sonuçları yalnızca meydana geldiği bölgeyi değil, farklı bölgelerde yaşa-

yan insanları da olumsuz etkilemektedir. Savaş, mağdurların biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığını bozmakta, dünya genelinde mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır.

Günümüz savaşlarının önceki çatışmalardan farklı özellikleri vardır;

- Son 50 yılda savaşan devlet sayısı, savaştan etkilenenlerin sayısı artmıştır.

- Günümüzde savaşlar artık daha çok gelişmiş toplumların güdümü ile üçüncü dünya ülkelerinde gerçekleşmektedir.

- Artık savaşlarda çoğunlukla siviller ölmektedir. Birinci Dünya Savaşında ölenlerin %90'ı askeri, İkinci dünya savaşında ölenlerin sadece %60'ı askerken geri kalanları kadın ve çocuklar başta olmak üzere sivillerdi [1].

- Günümüz savaşların bir özelliği de çocukların asker olarak kullanılmasıdır. Dünya genelinde %60'ı gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşen silahlı çatışmalarda bulunan 300.000 çocuk asker vardır. Bu çocuklar sadece çatışan değil, personel olarak kullanılmakta, cinsel istismara maruz kalmaktadırlar [2].

- Çocuk cinayetleri savaş stratejisi ve etnik temizliğin parçası sayılmaktadır.

Son 5 yılda Afganistan, Orta Afrika Cumhuriyeti, Kolombiya, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Mali, Myanmar, Pakistan, Somali, Güney Sudan, Filistin ve Yemen olmak üzere 150 ülke yoğun silahlı çatışma altında kalmıştır. Kasım 2013'e kadar; Afrika'da 24 ülkede 140, Asya'da 15 ülkede 116, Avrupa'da sekiz ülkede 64, Orta Doğu'da sekiz ülkede 143 gerilla, ayrılıkçı grup ve anarşik grupların karıştığı çatışmalar yaşanmışken, Amerika'da beş ülkede 25 ilaç kartelleri ile milisler arasında çatışma yaşanmıştır. Çatışmalarda en fazla çocuk kaybı Afganistan'da olmuştur. Suriye, 15 Mart 2011'den beri savaş durumundadır. Ülke genelinde 20.000 ile 31.000 arasında ölü sayısı vardır. UNICEF, Suriye ile ilgili "kayıp nesil" raporunda, Suriye'de yaşayan 4 milyon insanın savaştan etkilendiğini, bunların 2 milyonun komşu ülkelere göç etmek zorunda kaldığını belirtmiştir. UNICEF'in verilerine göre son on yılda çatışmalarda 2 milyon çocuk ölmüş, 6 milyon çocuk yaralanmış ve sakatlanmış, 12 milyon çocuksa evsiz kalmış, 10 milyona yakın çocuk çatışmalar sonrasında psikolojik travma geçirmiştir. Ayrıca savaşlarda sağlık personelinin kasten öldürülmesi veya zorunlu göçü de önemli ölçüde çocuk ölümlerine yol açmıştır [3].

Çocuklar bakım, empati, dikkat açısından ailelerinin desteğine muhtaç olduklarından savaşlarda aileleri dağılan çocuklar bu bakım ve destekten mahrum kalırlar, göçe zorlanır ve mülteci yaşamın risklerine karışırlar. Mülteci konumunda kalmaya zorlanan çocuklar kamplarda daha yüksek oranda şiddete, istismara uğramakta, açlık ve beslenme eksikliği nedeniyle hastalanmakta, mevcut kronik hastalıklarının bakımı yapılamamaktadır [4].

Savaşlarda erişkinlerden çok daha fazla çocuk ölmektedir. Çocuklar soykırım iç savaşlarında kasten hedef olmakta bu durum savaş yöntemlerinin ana unsurlarından biri konumuna çevrilmiştir [5].

Çocuk askerler stratejik olarak ön hatlarda görev almakta yine bu sebeple çocuk ölümleri artmaktadır. Doğası gereği çocuklar daha hareketli ve meraklı olduklarından çatışmalar sonrasında mühimmat ve kara mayın yaralanmaları açısından da daha büyük risk altındadırlar. Çağdaş savaşların mirası kara mayınlarının temizlenme maliyeti mayının kendi maliyetinden yüksek olduğu içinde halen 64 ülkede 110 milyon mayın aktif halde ve çatışmalar bittikten sonrada çocuklar için risk oluşturmaya devam etmektedir. Her ay 800 çocuk kara mayınlarından dolayı ölmekte veya sakat kalmaktadır [6].

Çatışmalarda çocuklar; Ölür, yaralanır, sakatlanır, hastalanır, cinsel istismara uğrar, psikolojik, ahlaki ve manevi olarak etkilenir, çocuk askerler olarak katil ve maktül olmaya zorlanırlar.

- Çocuk hastalıkları ve dahi ölümleri savaşın birincil etkisi yanında özellikle bulaşıcı-enfeksiyöz hastalıklar başta olmak üzere akut ve mevcut kronik hastalığın takip-tedavi eksikliği, immünizasyon yetersizliği ve beslenme, temiz su kaynakları mahrumiyeti gibi ikincil etkisiyle de olmaktadır. Savaşın yıkıcı etkisi, savaş sırasında besin ve temiz su güvenliğinin sağlanamaması, tedavi edici unsurların tahrip olması, süregelen göçteki ve mülteci yaşam kamplarındaki olumsuz koşullar nedeni ile çatışma bir bütün halinde septiktir. Suriye'deki iç savaş nedeniyle yeni doğan binlerce bebek, çocuk felcine karşı aşılanamamıştır. Son olarak Dünya Sağlık Örgütü, 10 bebeğin çocuk felci virüsü taşıdığını açıklamıştır [7]. Bosna-Hersek'te çatışmalar başlamadan önceki aşılama oranı %95 iken 1994'te Bosna-Hersek savaşında %35'ten daha az çocuk aşılanabilmiştir [8]. Nikaragua'da 1985-1986 yıllarında kızamık epidemisi çatışmadan etkilenmiş alanlardaki immünizasyon eksikliğine bağlıdır [9].

- Sanılanın aksine savaşlar sırasındaki insani yardımların çok azı çocuklara ulaşabilmektedir.

• Savaş sonrası kara mayınlarına maruziyet, göç ve mülteciliğin getirisi kriminal etmenler etkile-riyle de ölü çocuk sayısı artmaktadır. Kara mayınları gibi bazı silahlar özellikle çocukları etkiler. Bu patlamalar sonucunda çocuklarda ayak ve alt ekstremitelerde kayıpları, genital yaralanmalar, körlük ve sağırılık gelişmektedir. Bu tip yaralanma "sivil savaş sonrası sendromu" olarak adlandırılabilir [5].

• Tecavüz ve fuhuşa zorlama günümüz çatışmalarında etnik temizlik yöntemi olarak kullanılmakta ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların etkisiyle çocuk ölüm sayısının artışında etken olmaktadır.

• Savaşların çocuklar üzerindeki psikolojik etkileri açısından bakıldığında savaş sırasında travmatize olan bir milyon çocuğun yarısının ölen ve sakatlanan insanlara şahit olduğu tahmin edilmektedir. Savaş sırasındaki yıkıma şahit olan ve hatta etken konumuna getirilen, sonrasında sağlık ve eğitim sisteminin çöküşü, aile desteğinden faydalanamama nedeni ile ruhları güçsüz düşen çocuklarda Post Travmatik Stres Sendromu, depresyon, anksiyetleyle, uyku bozukluğu, psikosomatik sorunlar (baş ağrısı, bulantı-kusma, iştahsızlık), güven sorunları, agresyon gelişebilir [9]. Şiddete maruz kalan çocuklarda uyuşturucu kullanma, erkenyaşta ve riskli cinsel ilişkiye girme, aşırı kaygı duyma, intihar eylemi, aile-içi şiddet, alkol bağımlılığı ve antisosyal davranışlar da ortaya çıkabilir. Böylece şiddetin insani ve toplumsal maliyeti bir kuşaktan diğerine aktarılmış olmaktadır [10]. Rehabilitasyon eksiklikleri nedeni ile savaş sonrası gelişen bu psikolojik etkilenme intihar ve suça itilme sonucuyla "Ruhsal travmalar" çocuk ölümlerinin nedenleri arasındadır [6].

• Savaştan etkilenen birçok çocuk hırsızlık, yalana başvurma ve hayatta kalmak için fuhuşa sürüklenme gibi devinimlerle ahlaki yapısını değiştirmek zorunda kalabilir.

• Çocuklar uysal oldukları, emirleri sorgulamadıkları ve yetişkinlere göre daha kolay kandırılabilir oldukları için çocuk asker olarak tercih sebebidirler ve bazen de hayatta kalmak için kendileri asker olmak zorunda kalabilirler. Uluslararası Ceza Mahkemesi 15 yaş altındaki çocukların askere alınmasını savaş suçu olarak yasa dışı ilan etmiş olsa da halen 300.000 çocuk asker çatışmaların merkezindedir [5].

### **Çocukluk döneminde savaşın etkilerini yaş gruplarına göre değerlendirmek gerekirse;**

• Üç yaşından küçük bebekler travma yaşamaları karşısında genellikle huzursuzluk, ağlama, uyku so-

runları, kabuslar ve iştah kaybı gibi tepkiler gösterirler. Ayrıca, annelerinin yanından ayrılmaya karşı aşırı direnç gösterebilir, yabancılardan korkabilir ve yalnız kaldıklarında hırçınlaşırlar.

• Üç ile altı yaş arasındaki çocuklarda ise bu belirtilere ek olarak, önceki gelişim evrelerine özgü davranışlara (örneğin altını ıslatma, parmak emme, konuşma bozuklukları) geri dönme, saldırganlık ya da içe kapanma ve sessizlik durumları gözlenebilir.

• Okul öncesi dönemdeki çocuklarda karanlıktan veya canavar gibi hayali varlıklardan korkma, savaşla ilgili abartılı öyküler anlatma, sürekli olarak savaşla ilgili sorular sorma ve/veya yaşam koşullarındaki değişimlere uyum sağlamada güçlük gibi durumlar görülebilir. Bununla birlikte, bağırsak kontrolünün kaybı, fiziksel bir nedeni olmayan acı ve ağrılar, daha az ya da daha fazla hareketlilik ve seslere karşı aşırı duyarlılık gibi bedensel tepkiler de gözlenebilir.

• Okul çağındaki çocuklarda da maruz kaldıkları ya da medya aracılığıyla izledikleri savaş yaşantılarına bağlı olarak altını ıslatma gibi önceki gelişim evrelerine özgü davranışlar yeniden ortaya çıkabilir; yalnız yatmaktan korkma, kâbuslar görme gibi sorunlar ve dikkati toplamada güçlükler gözlenebilir. Dikkat problemleri okul başarısının da düşmesine, okula gitmeyi reddetmeye ve bunlara eşlik eden öğrenme ve davranış bozukluklarına neden olabilir.

### **Hastalıklardan koruma;**

• Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve UNICEF çatışma ortamında gelişmesi muhtemel kolera, şigellozis, menigokokal menenjit, kızamık, ağır malnutriyon, ağır dehidratasyon ve temel besin eksikliklerine yönelik tanı-tedavi protokolleri oluşturmuştur.

• Aşılama, anne sütünün desteklenmesi, vitamin desteği gibi temel sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi ölümleri azaltacaktır.

• Çatışma alanındaki su güvenliği sağlanamadığı için mamalar hijyen koşullarında hazırlanamaz bu nedenle özellikle savaş şartlarında anne sütü kolay ulaşılabiliirliği ve temiz olması nedeni ile hayati önem taşır. Tam bu noktada dikkat edilmesi gereken husus çatışmanın zamanın hangi diliminde hangi ülkeye sirayet edeceğinin bilinemeyeceğidir. Barış koşullarında emzirme alışkanlığını kazanamayan annelerin özellikle 6 aydan küçük bebekleri olası çatışma döneminde özellikle bulaşıcı hastalıklar nedeni ile ölüm riskiyle yüz yüze kalabilir [11,12].

## GÖÇ EDEN VE MÜLTECİ ÇOCUKLAR

Göç ve mülteci yaşam çocukların bedensel, ruhsal, sosyal gelişimlerinde ve dolayısıyla bu kavramlara zemin hazırlayan politikaların müsebbibi ülkelerin de onadığı “Çocuk hakları” bildirgesinin temeli olan; Yaşama, korunma, gelişme ve katılım haklarında “boşluk” yaratan, çoğu zamanda hayat boyu iz bırakan ve komplikasyonlara neden olan realitelerdir. Çocuk Hakları Sözleşmesinin 2.Maddesi “ayrımcılığa”, 3.Maddesi “Her şartta öncelikle çocuğun yararının düşünülmesine”, 22. maddesi “mülteci kavramına” yaptığı vurguyla göç etmiş ve mülteci olmuş çocukların hakkına dikkat çeker ve bu hakları kanuna bağlar. Ayrıca mülteci çocukların hakları 1951 yılında imzalanmış olan “Mülteciler Anlaşması” ve 1967 protokolü ile de güvence altına alınmıştır. Bu sözleşmeye göre mülteci statüsündeki çocuk ülkesine dönmeye zorlanamaz, mülteci çocuklarla erişkinler arasında sosyal refah ve yasal haklar konusunda ayırım yapılamaz [13].

Göç; Öncelikli olarak yaşama ve ekonomik kaygıların yarattığı itici ve çekici güçler nedeni ile gelişir. İki yön içinde olumsuz etkileri olabilen bu kaçışta çocuklar gelişim, bağımlılık ve korunma sürecinde olduklarından akut ya da kronik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden en fazla etkilenen gruptur [14]. İç ve dış göç hareketi ve mülteci olma çocukları yaşam hakkının temeli olan; sağlık, beslenme, barınma, eğitim haklarından mahrum bırakmaktadır [15]. Bu göç hareketi sırasında; Yeni doğan ve kronik hastalıkları olan çocukların bakımları aksamakta, salgın hastalılara maruziyet artmakta, bağışıklama aksamakta, ilerleyen süreçte kriminal yönelme artmakta ve bu çocuklar istismara hedef olmaktadır [16]. Mevcut hareket göç alan toplumlardaki çocuklarda da ekonomik temelli riskler yaratmakta ve bu çocukları da yeniden aşı ile önlenabilir hastalıkların kapsamına sokmaktadır.

Irkı, dini, milliyeti, sosyal alt grubu veya siyasi görüşü nedeniyle zulüm görmekten haklı sebeplerle korkan, vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu korumasından yararlanamayan ya da yararlanmak istemeyen bireylere mülteci denir.

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin 2007 rakamlarına göre yaklaşık 5.000.000 çocuk mülteci konumundadır. Ayrıca son on yılda iki milyon çocuk çatışmalarda ölmüş, altı milyon çocuk yaralanmış, bir milyon çocuk yetim kalmıştır. [16]. Suriyeli mültecilerin yalnızca % 4'ü Avrupa'da sığınma talebinde bulunmaktadır ve Suriye'ye komşu olan ülkelerde de 2.9 milyondan fazla mülteci vardır. Türkiye Cumhuriyeti, 1920'lerden 1990'ların

ortalarına kadar Balkan coğrafyasından gelen Arnavutlardan Tatarlara kadar değişen bir yelpazede 1,5 milyonu aşkın müslüman mülteciyi topraklarına kabul etmiştir. Haziran 2014 itibarıyla ülkemizin Suriye sınırına yakın bölgelerinde kurulan 22 mülteci kampında 220 bin Suriyeli konaklamakta; buna ilaveten Türkiye'de kayıtlı 515.000 kadar da Suriyeli kent mülteci bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği ülkedeki toplam Suriyeli mülteci sayısının aslında 900.000 civarında olduğunu belirtmektedir [13]. Ekim 2011'de Suriye'de şiddetten kaçan mültecilere açık kapı politikası uygulanacağını ilan eden sonrasında bu durumu Bakanlar Kurulu, Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu, Madde 91 uyarınca, 22 Ekim 2014'te geçici korumaya ilişkin bir yönetmelik ile yasal çerçeveye oturtmuştur.

### Yapılması gerekenler;

- Bir yaşından küçük çocuklarda anne sütünün desteklenmesi, anne ya da bakım verecek kişi ile yeterli ten temasının kurulması, mümkün olduğunca sabit bir kişinin çocuğun bakımını üstlenmesi gereklidir.

- Bir ile dört yaş arasındaki çocuklar için oyun çok önemlidir. Aileleriyle ve diğer çocuklarla oyun oynamalarına olanak sağlanmalıdır.

- Beş ile on yaş arasındaki çocuklar için ise oyun, müzik, dans, resim, şarkı söyleme, öyküler anlatma gibi etkinlikleri yapabilecekleri alanlar yaratılmalıdır.

- On bir - on yedi yaş grubundaki çocukların akran ilişkileri ve liderlik konusunda desteklenmesi gerekmektedir. Spor, sosyal projeler, ülke kültürüne uyum ve cinselliği içeren grup tartışmaları çocukluktan erişkinliğe geçiş sürecinde bu yaş grubundaki çocuklara yardımcı olur [17].

Eğitim süreci göç eden ve mülteci çocukları olumsuzlukların devinimi ve devamlılığından koruyan önleyici bir unsurdur. Refakatli ya da refakatsiz okul çağındaki mülteci çocukların ilköğretime devam zorunluluğu vardır.

### AFETLER VE ÇOCUK

Afet; Doğa veya insan eliyle oluşturulmuş, insanların hayatlarını sosyal ve ekonomik faaliyetlerini önemli ölçüde etkileyebilecek, çok sayıda yaralanma ve ölümlerle birlikte büyük çapta fiziksel tahrip ile sonuçlanan olaylardır.

Güney Asya'da 26 Aralık 2005'te meydana gelen tsunami, can kaybı ve yıkıma neden olanla-



rın içinde en büyüğü olarak dünya tarihine geçti ve resmi rakamlara göre 220 binden fazla ölüme yol açmıştır. ABD'de yapılan bir çalışmada çocukların %13,9'unun hayatında en az bir kere afet yaşadığı belirtilmektedir [18].

Türkiye'de, doğal afetler yaygınlık, ölüm, sakatlanma ve ekonomik kayıp açısından önemli ve öncelikli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Afet tıbbi bir olağandışı durumda ortaya çıkan ani sağlık ihtiyaçları ile etkilenen toplumun ihtiyaçları arasındaki orantısızlığı, mümkün olan en yüksek sayıda yaralıyı kurtaracak şekilde idare eden bir tıp dalıdır. Dünyada her yıl yaklaşık olarak 150 milyon insan afetlere maruz kalmaktadır.

Çocukların solunum sayısının yüksek olması biyolojik/kimyasal ajanı daha fazla solumasına ve yetişkinlerden daha fazla etkilenmelerine yol açmaktadır, vücut sıvıların hacminin az olması, etkenin dolaşımında daha hızlı yayılmasına neden olmasının yanı sıra kusma ve ishal durumunda daha kısa sürede etkilenmektedirler. Ayrıca çocukların derilerinin ince olması ve yüzey alanlarının daha geniş olması ciltten olan emilimin de artmasına yol açmaktadır. Çocukların bilişsel gelişim aşamasına göre tehlikenin farkında olma durumları değiştiği için tehlikeli durumlara maruz kalmaktadırlar [19].

Çocuklar afetlerin etkilerini anlayacak olgunlukta olmadıkları için afetler sırasında da toplumunun en hassas grupları arasında yer almaktadırlar [20]. Afetlerden sonra zorlu yaşam koşullarına maruz kalan çocuklarda ciddi ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Çocuklar afetler sırasında yaralanma, ailesinden birisinin ya da bir sevdiğinin yaralanması, sevdiklerini kaybetme, üzücü olaylar yaşama, televizyonlarda istenmeyen görüntülerle karşılaşma ve korkma gibi birçok olayla karşı karşıya kalmaktadırlar. Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete en sık karşılaşılan ruhsal sağlık sorunlarından [21]. Marmara Depreminden 3,5 yıl sonra yapılan bir çalışmada Travma Sonrası Stres Bozukluğu % 22,2 ve depresyon %30,8 olarak bulunmuştur [22]. Afet sonrasında ruh sağlığı hizmetlerinin iyi yürütülebilmesi ve etkilerinin en aza indirilebilmesi için afetlerden önce ulusal ve yerel düzeyde ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu ve afetlere yönelik planlamalar yapılmalıdır. Çocuğun travmayı atlatması için; Güvenliğinin sağlanması, güven verilmesi, ailesiyle buluşturulması, sosyal desteğin sağlanması, belirsizliklerin ortadan kaldırılması, çocuğun olayı algılaması ve tanımlamasına fırsat tanınması gerekir [23].

Afetlerde ölüm ve hastalık hızları 20 katına kadar çıkabilmektedir. Afet sonrasında çocuklardaki temel ölüm nedenlerinin başında malnütrisyon gelmektedir [24]. Afet sonrasında toplumun barınma ve beslenme gereksiniminin karşılanması öncelik taşımaktadır. Gelişen hijyen ve beslenme sorunları hastalıkların giriş kapısını oluşturur. Riskler önceden bilinmeli, planlama yapılmalı sağlık çalışanları görev alanlarında değerlendirmelerini afet tıbbına özel geliştirmelidirler. Gerek akut gerek kronik süreçler konusunda organize davranmalıdır. Bu değerlendirmeler kapsamında afetlerde özellikle 5 yaş altı çocukların beslenme sorunlarından major etkilenme yaşadıklarına dikkat edilmeli bilgi ve enerji payının büyük yüzdesi bu guruba ayrılmalıdır. Bu çocuklarda ani kilo kaybı ile karakterize ve çok fazla çocuğu etkileyebilen akut protein enerji malnütrisyonu (PEM) ile mücadele edilmelidir.

Afet durumlarında bebekler için en ideal besin anne sütüdür. Ancak annenin afetten ruhsal olarak etkilenmesi nedeniyle süt salgılanması geçici olarak ya da tamamen durabilmektedir. Buna rağmen anne emzirmeye teşvik edilmelidir. Anne sütü ile beslenme hem annenin hayata tutunmasını, hem sütün tekrar salgılanmasını hem de çocuğun gereksinimlerini karşılanmasına yardımcı olur [25]. Afet durumlarında çocuklara yönelik beslenme uygulamaları yaparken Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği şu ilkelere mutlaka uyulmalıdır [24];

- Afetten etkilenen toplum içinde doğan çocuklar 6 aya kadar mutlaka sadece anne sütü ile beslenmelidir.
- Temel amaç çocukların 2 yıl ya da daha fazla anne sütü almalarını sağlamaktır.
- Afet bölgesinde yer alan anne sütü benzerlerinin miktarı ve dağılımı mutlaka kontrol edilmelidir. 6 ay ve daha büyük çocukların gelişimleri için gerekli olan ek besinler hijyenik olarak hazırlanmalı ve indrimi kolay olan besinler seçilmelidir.
- Bakıcıların besin hazırlaması için uygun malzemelere ulaşması sağlanmalıdır.
- Afet durumlarında bakıcı sayısı aşırı stres nedeniyle azalmaktadır. Bakıcı sayısının artırılması için teşvik yapılmalı ve bakıcıların baş etme kapasitesi desteklenmelidir.
- Çocukların beslenme durumu sürekli izlenmeli ve malnütrisyonlu çocuklar belirlenmelidir.
- Çocukların durumunun daha kötüye gitmesini engellemek için sürekli bir değerlendirme yapılmalıdır.

• Var olan kaynaklar en çok ihtiyacı olan gruplara ulaştırılmalıdır.

• Afet durumlarında bebek ve çocuklar için en uygun beslenme, sürekli izleme dayalı esnek bir yaklaşım planlanmalıdır.

• Afet durumlarında mikronütrient yetersizlikleri önlemek için; Günlük sebze ve meyve alımı artırılmalı, besin çeşitliliği sağlanmalı, mikronütrient açısından zenginleştirilmiş yiyecekler tercih edilmeli, özel bir beslenme yetersizliği gözleendiğinde ona yönelik ek besin desteği sağlanmalıdır [26].

Afet sonrasında kamp yerlerindeki ölüm hızı afet öncesinin yaklaşık olarak 60 katına kadar çıkmaktadır. Afet sonrasında meydana gelen bulaşıcı hastalıklar erken belirlenip önlem alınmadığı zaman oluşan salgınlar toplumda yeni afetlere yol açabilir. Meydana gelen bu ölümlerin dörtten üçünden fazlası bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanmaktadır. İshalli hastalıklar, akut solunum yolu enfeksiyonları, sıtma, kızamık afetlerde çocukları en fazla etkileyen bulaşıcı hastalıklardır. Menenjit, HIV/AIDS ve tifo hastalık ve ölüm hızında önemli derecede artma olduğu bilinmektedir. Afetlerde bulaşıcı hastalık kaynaklı ölümlerin büyük bir çoğunluğu etkili bir sağlık müdahalesi ile önlenemez [27]. Risk değerlendirmesinde; meydana gelen afetin tipi, toplum ve sağlık üzerindeki etkisi, toplumda endemik olan hastalıklar, çocukların aşılama durumu ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını kolaylaştıran etmenler (kalabalık yaşam koşulları, nüfus hareketleri vb.) belirlenmelidir [28]. Afetlerin akut döneminde kamplarda meydana gelen ölümlerin %40'ını ishaller hastalıklar oluşturmaktadır. İshaller vakaların %80'ini 2 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır [29]. Su kaynaklarının kirlenmesi (fokal kontaminasyon), taşıma ve depolama sırasında suların kontamine olması, su ve yemek kaplarının birlikte kullanılması, yeterli sabunun olmaması ve besinlerin kirlenmesi afetzedeler arasında ishaller hastalıklarının görülmesinin en yaygın nedenleridir [30].

Su ve besinlerle bulaşan hastalıklardan korunma ve kontrol altına alınmasına yönelik tüm müdahalelerin ivedilikle uygulanması gerekir. Kızamık bağıışıklama eksikliğini ve kamp yaşantısının yanında beslenme eksikliğine bağlı A vitamini yetersizliği nedeniyle afetlerde çocuk hayatını riske atmaktadır. Afet sonrasında kızamığın kontrol ve önlenmesi için rutin aşılama hizmetlerinin yapılması, incinebilir gruplar için aşılama kampanyalarının başlatılması ve salgına erken yanıt verilmesi hayati önem taşımaktadır. Afet sonrasında aşılama duru-

mu ve tarihine bakmadan 6 ay ile 15 yaş arası tüm çocuklar aşılanmalıdır. Ayrıca 9 ay önceden aşı yapılanlara ikinci doz kızamık aşısı yapılmalıdır [29].

## SONUÇ

Gerek insani gerekse doğal kaynaktan beslensin olağanüstülük kavramı çocuk gibi savunmasız ve desteğe ihtiyacı olan bir insan için tehlike arz eder. Dünyanın ekonomik ve coğrafi iklimindeki dalgalanmalardan doğan yıkımları öngörmek, oluşmadan önlemek, oluştuğunda organize müdahalelerde bulunmak hususunda bilgileri tekrar etmek ve istatistik veriler ışığında güncellemek ihtiyacı hiç bitmeyecektir. Her insan gibi yaşam hakkı kutsal olan çocuğun uğradığı tahribatın topluma sirayet edeceğini bilerek oluşturulacak sistemde Çocuk Hakları Sözleşmesindeki maddelere katı kurullarla uymak dünyanın refahı için gerektir.

## KAYNAKLAR

1. Bellamy C: The States of the World's Children 2005. New York, United Nations Children's Fund, 2004. p.162.
2. O'Hare BA, Southall DP. First do no harm: the impact of recent armed conflict on maternal and child health in Sub-Saharan Africa. R Soc Med 2007;100:564-570.
3. UNICEF. The State of the World's Children 2013 - <http://www.unicef.org/sowc2013> (Erişim Tarihi 10.06.2015)
4. Ghobarah H, Huth P, Russett B. Civil wars kill and maim people-long after the shooting stops. (Draft 29 Aug 2001). Center for Basic Research in the Social Sciences. [www.cbrss.harvard.edu/programs/hsecurity/papers/civilwar.pdf](http://www.cbrss.harvard.edu/programs/hsecurity/papers/civilwar.pdf) (Erişim Tarihi 10.06.2015)
5. Pearn J. Children and war. J Paediatr Child Health 2003; 39:166-172.
6. Tokuç B. (1.Baskı). İstanbul, HASUDER; 2014-1.
7. Southall D, Abbasi K. Protecting children from armed conflict BMJ; 1998;316:1549- 1550.
8. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. Medicine and Global Survival, 1994;1:130-146.
9. Garfield RM, Frieden T, Vermund SH. Health related outcomes of war in Nicaragua. American Journal of Public Health, 1987;77:615-618.
10. Perrin JM. Developmental disabilities and chronic illness. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p.135-138.
11. Effect of war on children. [http://www.ppu.org.uk/children/children\\_effect\\_yugo.html](http://www.ppu.org.uk/children/children_effect_yugo.html). (Erişim Tarihi 10.06.2015)
12. Barbara JS. Impact of War on Children and Imperative to End War. Croat Med J. 2006;47:891-894.

13. United Nations High Commission for Refugees. Refugee children. Guidelines on protection and care. UN-HCR, Geneva, 1994.
14. Szapocnic J, Kurtines W.M. Family Psychology and Cultural Diversity: Oportunities for Theory, Research and Application. *American Psychologist* 1993;48:400-407.
15. Türkyılmaz A, Çay A, Avşar BZ, Aksoy M. Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan terör nedeniyle göç eden ailelerin sorunları. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1998;115:528.
16. Stellinga-Boelen AA, Storm H, Wieggersma PA, et al. Iron deficiency among children of asylum seekers in the Netherlands. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007;45:591-595.
17. Bellamy C: The States of the World's Children 2005. New York, United Nations Children's Fund, 2004. p.162.
18. Becker-Blease KA, Turner HA, Finkelhor D. Disasters, Victimization and Children's Mental Health. *Child Dev* 2010;81:1040-1052.
19. Balaban V. Psychological assessment of children in disasters and emergencies. *Disasters* 2006; 30(2):178-198.
20. American Academy of Pediatrics. The youngest victims: Disaster Preparedness to meet children's needs. <http://www2.aap.org/disasters/pdf/Youngest-Victims-Final.pdf>. [Erişim tarihi: 07.04.2012].
21. Moss WJ, Ramakrishnan M, Storms D, et al. Child health in complex emergency . *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84:58-64.
22. Karakaya I, Ağaoglu B, Coşkun A, ve ark. Marmara Depreminden Üç Būçuk Yıl Sonra Ergenlerde TSSB, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15:257-263.
23. DEEP. Shaw JA, Espinel Z, Shultz JM. Children: stres, trauma, disaster. Chapter:3, Florida, Disaster and Extreme Event Preparedness, 2007.
24. WHO. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva, World Health Organization, 2004.
25. Ayca S, Toprak İ, Yüksel B, ve ark. Afet Durumlarında Beslenme Hizmetleri. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 2002.
26. WHO. The Management of Nutrition in Major Emergency. Geneva, World Health Organization, 2000.
27. Conolly MA, Gayer M, Ryan M, et al. Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. *Lancet* 2004;364:1974-1983.
28. Watson JT, Gayer M, Connolly MA. Epidemics after Natural Disaster. *Emerging Infection Disease*. 2007;13:1.
29. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent Public health guide in emergencies. Chapter 7: Control of communicable diseases. Second edition, 2008.
30. Kouadio IK, Aljunid S, Kamigaki T, et al. Infectious diseases following natural disasters: prevention and control measures. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2012;10:95-104.