T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
AFET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
AFET YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN AFETLERE HAZIRLIK SEVİYELERİ

Gülseren AYDOĞMUŞ ATALAY

Danışman
Prof. Dr. Özlem ÇAKIR

İZMİR – 2020

TEZ ONAY SAYFASI

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum **"Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Afetlere Hazırlık Seviyeleri"** adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

..../..../.....

Gülseren AYDOĞMUŞ ATALAY

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Afetlere Hazırlık Seviyeleri

Gülseren AYDOĞMUŞ ATALAY

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Afet Yönetimi Anabilim Dalı

Afet Yönetimi Bölümü

Kronik hastalıklar, tüm dünyada ve ülkemizde bireylerin yaşam kalitesini, refahını ve genel olarak da ekonomiyi ve sağlık sistemini olumsuz etkilemeye, kişileri engellilik ve yoksulluk sarmalına çekmeye tüm hızıyla devam etmektedir. Oluşması için uzun süreler gereken kronik hastalıkların etkileri, tıpkı yavaş gelişimli afetler gibi zaman içerisinde giderek artma eğilimi gösterir.

Günümüzde iklim değişikliğine bağlı çevre sorunları, savaş ve terörün etkisiyle şiddetlenen iç ve dış göçler gibi afet/acil durumların artarak devam etmesinin ülkelerde sağlık, ekonomik, politik ve toplumsal sonuçları kısa ve uzun vadede yıkıcı olabilmektedir. Kronik hastalıkların yönetimi, normal koşullarda bireyler, toplum ve yönetimin iş birliği içinde multidisipliner yaklaşım ile çözülmesi gereken bir sorunken, bu duruma afet koşullarının getirdiği kaynak eksikliği, kaos ve yıkım eklendiğinde, hastalık alevlenmeleri, engellilik ve ölüm oranları artış gösterebilmektedir. Tüm bu sebepler kronik hastalığa sahip bireyleri, afetlere karşı zarar görebilir olarak adlandırmamıza neden olur.

Çalışmada, kronik hastalığa sahip bireylerin afete hazırlık seviyeleri tespit edilmiş, afetlere hazırlık algısını ve davranışlarını etkileyen değişkenlere yanıt aranmıştır. Bu bağlamda, İzmir İli Evde Sağlık Birimine kayıtlı Türk ve Suriye uyruklu bireylere, İnal ve Doğan (2015) tarafından geliştirilen, 45 maddelik "Sağlık İnanç Modeline Dayalı Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği" ile sosyo-demografik veriler için hazırlanan anket uygulanmıştır.

Elde edilen bulgulara göre, İzmir İli Evde Sağlık Birimine kayıtlı hastaların afete hazırlık inancının orta seviyede olduğu saptanmıştır. Eğitim

seviyesinin ve yaşın artması, afete hazırlık inancını artıran değişkenler olarak dikkat çekmektedir. Kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı arttıkça afete hazırlığın yararlı olduğu düşüncesi artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Afete Hazırlık İnancı, Afet Yönetimi, Kronik hastalıklar, Zarar görebilirlik.

ABSTRACT

Master's Thesis

Disaster Preparedness Levels of Individuals with Chronic Diseases

Gülseren AYDOĞMUŞ ATALAY

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Sciences

Department of Disaster Administration

Disaster Administration Program

Chronic diseases continue to have adverse effects on the quality of life of individuals, welfare, and economy and healthcare system in general around the World and in Turkey, potentially resulting in a downward spiral of poverty and disability for individuals. Chronic diseases that develop over long periods of time exhibit similar tendency as the impacts of slowly evolving disasters.

Nowadays, increasing disasters and emergencies such as climate change-related environmental degradation, internal and external migration exacerbated by war and terrorism lead to short- and long-term devastating ramifications on national health, economy, policy, and social structures. While the management of chronic diseases already requires a multidisciplinary approach involving individuals, society, and decision-makers, considering possible resource shortage, chaos, and ruin during disasters will be likely to increase exacerbation of diseases, disability, and death rates. To that end, we postulate that individuals with chronic diseases are vulnerable to disasters.

In this thesis, we sought to determine the individual level of disaster preparedness and study the factors affecting the perception of disaster preparedness and preparedness behaviour of individuals with chronic diseases. In this context, a 45-item "General Disaster Preparedness Scale Based on Health Belief Model" developed by İnal and Doğan (2015) with a questionnaire prepared for socio-demographic data was applied to Turkish and Syrian nationals enrolled in the Home Health Unit of Izmir.

Based on the findings, it was concluded that the disaster preparedness belief of the surveyed individuals is at medium level. It is noteworthy that disaster preparedness levels increase with factors like higher education levels and age. As the number of chronic diseases and drugs used to increase, the belief that disaster preparedness is beneficial increases.

Keywords: Chronic diseases, Disaster Management, Disaster Preparedness Belief, Vulnerability.

KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN AFETLERE HAZIRLIK SEVİYELERİ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI ii
YEMİN METNİ iii
ÖZET iv
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER viii
KISALTMALAR xii
TABLOLAR LİSTESİ xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ xvi
EKLER LİSTESİ xvii

GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM
KRONİK HASTALIKLARA İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. KRONİK HASTALIKLAR 4
1.1.1. Kronik Hastalıkların Tanımı 4
1.1.1.1. Kardiyovasküler Hastalıklar (Kalp ve Damar Hastalıkları) 7
1.1.1.2. Kanserler 8
1.1.1.3. Kronik Obstrüktif (Tıkayıcı) Akciğer Hastalığı (KOAH) 10
1.1.1.4. Diyabet 11
1.1.2. Kronik Hastalıkların Risk Faktörleri 13
1.1.3. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Sağlık ve Bakım Gereksinimleri 15
1.1.3.1. Sağlık Okuryazarlığı, Öz-Bakım Yönetimi ve Hastalık Kontrolü Eğitimi 16
1.1.3.2. İlaç ve Tıbbi Cihaz Gereksinimi 17
1.1.3.3. Beslenmeye Yönelik Gereksinimler 18

1.2. KRONİK HASTALIKLARIN PSİKO-SOSYAL VE EKONOMİK BOYUTU 20
1.2.1. Kronik Hastalıkların Psiko-Sosyal Etkileri 20
1.2.2. Kronik Hastalıkların Aile Bireyleri Üzerine Etkileri 21
1.2.3. Kronik Hastalıklar ve Engellilik 22
1.2.4. Kronik Hastalıkların Ekonomik Etkileri 24
1.2.5. Kronik Hastalıkların Sürdürülebilir Kalkınma Üzerine Etkileri 26
1.3. KRONİK HASTALIKLARIN SÜRVEYANSI (GÖZETİMİ) 35
1.4. KRONİK HASTALIKLARI ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ 36

İKİNCİ BÖLÜM

AFET KAVRAMI VE ZARAR GÖREBİLİRLİK FAKTÖRÜ OLARAK KRONİK HASTALIKLAR

2.1. AFET TANIMI 39
2.1.1. Afetlere Neden Olan Temel Etmenler 40
2.1.2. Afetlerin Sınıflandırılması 41
2.1.3. Afetlerin Etkileri 43
2.1.4. Afetin Bileşenleri 46
2.1.4.1 Afet Riski 46
2.1.4.2. Tehlike ve Maruziyet 47
2.1.4.3. Kapasite 47
2.2. AFETLERDE ZARAR GÖREBİLİRLİK 48
2.2.1. Fiziksel Zarar Görebilirlik 50
2.2.2. Sosyo-Ekonomik Zarar Görebilirlik 51
2.2.3. Ruhsal Zarar Görebilirlik 53
2.2.4. Zarar Görebilir Gruplar 53
2.3. AFETLERDE ZARAR GÖREBİLİRLİK FAKTÖRÜ OLARAK KRONİK HASTALIKLAR 55
2.3.1. Kronik Hastalıkların Afetlerde Zarar Görebilirliğe Etkisi 55
2.3.2. Afet Koşullarının Kronik Hastalıklara Etkisi 56
2.3.2.1. Hava Kirliliği 57
2.3.2.2. Aşırı Sıcak ve Soğuk Hava 58

2.3.2.3. Elektrik, Su, İletişim ve Ulaşım Kesintisi 59
2.3.2.4. Enfeksiyon 60
2.3.2.5. Tahliye Sorunları 61
2.3.2.6. Barınma ve Güvenlik Sorunları 62
2.3.2.7. Stresin Etkisi 64
2.3.2.8. Beslenmeye İlişkin Yaşanan Sorunlar 66
2.3.2.9. Sağlık Hizmeti Sunumuna İlişkin Yaşanan Sorunlar 66
2.3.3. Afet ve Acil Durumlarda Kronik Hastalıkların Yönetimine İlişkin Yapılmış Çalışmalar 68
2.4. AFET YÖNETİMİ 71
2.4.1. Zarar Azaltma Evresi 72
2.4.2. Hazırlık Evresi 74
2.4.3. Müdahale Evresi 78
2.4.4. İyileştirme Evresi 79

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN
AFETLERE HAZIRLIK SEVİYELERİ

3.1 ARAŞTIRMA SORUSU 81
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI 81
3.3. ARAŞTIRMA HİPOTEZİ 81
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ 82
3.5. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI 82
3.6. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI 83
3.7. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ 84
3.7.1. Araştırmanın Modeli 84
3.7.2. Evren ve Örneklem 85
3.7.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 85
3.7.3.1.Bağımlı Değişkenler 85
3.7.3.2.Bağımsız Değişkenler 85
3.7.4. Araştırmanın Etik Yönü 85

3.7.5. Veri Toplama Araçları ve Yöntem 86
3.7.5.1. Sağlık İnanç Modeline Dayalı Geliştirilmiş Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği 87
3.7.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi 97
3.8. BULGULAR 98
3.8.1. Sosyo-Demografik Özellikler 98
3.8.2. Sağlık Durumu ve Afet/Acil Duruma Hazırlık Soruları 100
3.8.3. Sağlık Durumu ve Afet/Acil Duruma Hazırlık Sorularının, Kişilerin Uyruklarına (Türkiye, Suriye) Göre Dağılımı 107
3.8.4. Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Analizi 115
3.8.5. Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Kişilerin Sağlık Durumu ve Afet/Acil Duruma Hazırlık Sorularına Göre Analizi 121
3.9. TARTIŞMA 134
3.9.1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yaş Profili, Fiziksel Sağlık ve Engel Durumları 134
3.9.2. Evde Sağlık Biriminden Hizmet Alan Hasta/Yakınlarının Sağlık Okur Yazarlığı Seviyesi 138
3.9.3. Suriyeli Evde Sağlık Hastalarının Sağlık Okur Yazarlığının Değerlendirilmesi 140
3.9.4. Kronik Hastalığa Sahip Evde Sağlık Birimi Hastalarının Güvenlik Davranışlarının Tartışılması 142

SONUÇ 146
KAYNAKÇA 150
EKLER

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AFAD	Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
BM	Birleşmiş Milletler
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CBS	Coğrafi Bilgi Sistemleri
DALY	Disability Adjusted Life Year
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GAHİÖ	Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği
KADSK	Kurumlar Arası Acil Durum Sağlık Kiti
KBRN	Kimyasal Biyolojik Radyolojik Nükleer Tehditler
KOAH	Kronik Obstrüktif (Tıkayıcı) Akciğer Hastalığı
SKA	Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SVH	Serebrovasküler Hastalık
TAMP	Türkiye Afet Müdahale Planı
TKMP	Temel Kronik Hastalık Müdahale Paketi
ÜİYOK	Ülke İçinde Yerinden Olmuş Kişi

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Sosyo-Ekonomik Zarar Görebilirlik Göstergeleri s. 52
Tablo 2: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği'nde Bulunan 45 İfadeden Alınan Puanlar İçin Tanımlayıcı Özet İstatistikler s. 88
Tablo 3: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği ve Alt Ölçek Toplam Puanlarının Tanımlayıcı Özet İstatistikleri s. 90
Tablo 4: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Cronbach's Alpha Değerleri s. 92
Tablo 5: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği'nde Bulunan 45 Sorunun Tüm Ölçek Üzerindeki Etkileri s. 93
Tablo 6: Pearson Korelasyon Katsayısı Değerleri s. 96
Tablo 7: Araştırmaya Katılan 251 Kişinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı s. 98
Tablo 8: Araştırmaya Katılan 251 Kişinin Sağlık Durumu ve Afet/Acil Duruma Hazırlık Sorularının Dağılımı s. 100
Tablo 9: Çapraz Tablo Analizleri s. 107
Tablo 10: Uyruklarına Göre Sahip Olunan Kronik Hastalık Sayısı s. 109
Tablo 11: Uyruklara Göre Her Gün İlaç Kullanma Durumu Karşılaştırması s. 109
Tablo 12: Uyruklara Göre Her Gün Kullanılan İlaç Sayısı s. 110
Tablo 13: Uyruklara Göre Tıbbi Cihaz Kullanma Durumu s. 110
Tablo 14: Uyruklara Göre Tıbbi Cihaz Fonksiyon Dışı Kaldığında Alınan Güvenlik Önlemi Karşılaştırması s. 111
Tablo 15: Uyruklara Göre Oksijen Desteğine İhtiyaç Durumu s. 111
Tablo 16: Uyruklara Göre Hastaların Hareket Bağımsızlığı s. 112
Tablo 17: Uyruklarına Göre Acil Durumlarda Başvuru Tercihinin Belirlenmesis. 112
Tablo 18: Uyruklarına Göre Alınan Bakım Eğitimi Sayısı s. 113
Tablo 19: Uyruklara Göre Hasta İçin Alınan Güvenlik Önlemlerinin Varlığı s. 114
Tablo 20: Uyruklara Göre Afet Deneyimi Değerlendirmesi s. 114
Tablo 21: Uyruklara Göre Zorunlu DASK Sigortası Varlığı s. 114
Tablo 22: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Analizi s. 115

Tablo 23: Yaş Gruplarına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi s. 116
Tablo 24: Cinsiyete Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi s. 117
Tablo 25: Öğrenim Durumlarına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi s. 118
Tablo 26: Medeni Durumlarına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi s. 119
Tablo 27: Yaşanılan Yere Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi s. 120
Tablo 28: Bakım Ödemesi Alma Durumuna Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi s. 121
Tablo 29: Kronik Hastalık Sayısına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 122
Tablo 30: Her Gün İlaç Kullanma Durumuna Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 123
Tablo 31: Kullanılan İlaç Sayısına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 124
Tablo 32: Hastalığı İçin Elektrikli Tıbbi Cihaz Kullanımına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 125
Tablo 33: Elektrikli Tıbbi Cihazların Fonksiyon Dışı Kaldığında Alınan Güvenlik Önlemine Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 126
Tablo 34: Oksijen Kullanımına Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 127
Tablo 35: Sağlık Durumu Değiştiğinde İlk Başvurulan Kuruma Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 128
Tablo 36: Hastaneye Yatış Sıklığına Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 130
Tablo 37: Güvenlik Önlemlerinin Varlığına Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 131

Tablo 38: Afet Deneyimine Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 132
Tablo 39: Afet Çantası Hazırlığına Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 133
Tablo 40: Zorunlu DASK Sigortası Varlığına Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi s. 133

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Küresel Ölüm Sebepleri ve Kronik Hastalıkların Dağılımı s. 5
Şekil 2: Kronik Hastalıkların Önlemesi ve Kontrolünün Değeri s. 25
Şekil 3: Etki-tepki (PAR) Modeli: Zarar görebilirliğin Gelişimi s. 49
Şekil 4: Afet ve Acil Durumlarda Kronik Hastalıkları Yönetimi s. 69
Şekil 5: Afetlerde Kaynak Gereksinimi Planlaması s. 76
Şekil 6: Afete Bireysel Hazırlık Döngüsü s. 77

EKLER LİSTESİ

Ek 1: α= 0.05 İçin Örneklem Büyüklükleri ek s. 1
Ek 2: Etik Kurul İzin Dilekçesi ek s.2
Ek 3: Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurul İzin Belgesi ek s.3
Ek 4: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Ön izin Belgesi ek s.4
Ek 5: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Onay Belgesi ek s.5
Ek 6: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Kullanım İzni ek s.6
Ek 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ve Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Afetlere Hazırlık Seviyelerini Belirleme Çalışması ek s.7
Ek 8: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği ek s.11

GİRİŞ

Kronik hastalıklar, dünya genelinde başlıca engellilik ve ölüm nedenidir. Her yıl meydana gelen tüm ölümlerin %71'i kronik hastalıklar sebebiyledir (WHO, 2013:1). Küresel çapta bir sorun olan kronik hastalıklar, sağlık harcamalarını artırması, verimlilik ve iş gücü kaybı, erken ölümler nedeniyle bireyleri yoksulluğa sürüklemekte, ülkeleri de ekonomik yönden kayba uğratarak, sürdürülebilir kalkınma ve sosyal refah açısından olumsuz etkilemektedir (UN, 2017:3-54).

Ülkemizde ve dünyada, sayısı ve şiddeti giderek artan doğal ve teknolojik olayların afete dönüşmesi, birçok insanın yaralanmasına hatta hayatını kaybetmesine, ailelerin ekonomik ve sosyal yönden zayıflamasına neden olmaktadır. Afetler ve kronik hastalıklar, gelişmiş ülkelere kıyasla az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeleri daha fazla etkilemektedir. Gelişmekte olan ülkeler, sanayileşme, plansız kentleşme ve alt yapı eksikliğine bağlı olarak iklim değişikliğinin ve doğal afetlerin etkilerine karşı kırılgan olmanın yanında, kronik hastalıkların etkilerine karşı daha savunmasızdır. Kronik hastalıklar, afet ve acil durumlarla birleştiğinde, sonuçları yeni bir felakete sebep olabilmektedir.

Afetlerde, sağlık, kurtarma ve yardım hizmetleri geleneksel olarak yaralanmalar, acil durumlar ve salgın hastalıklara odaklanmaktadır (Miller ve Arquilla, 2008:185). Ancak kronik hastalığa sahip bireylerin, var olan özel gereksinmeleri ve kırılganlıkları, afetin oluşturduğu çevresel koşullar, sürekli ilaç-tedavi ve bakıma olan ihtiyaç, kaynak eksikliğinin de etkisiyle hastalıkları giderek şiddetlendirmekte ve hayatını tehdit etmektedir (Mokdad ve diğerleri, 2005:1).

Afet ve acil durumlarda, kronik hastalıkların etkin yönetilememesi, kısa ve uzun vadeli olumsuz sonuçlar oluşturmaktadır. Uygun bakımın sağlanamaması, kronik sorunları derinleştirmenin ve acıyı artırmanın yanısıra sağlık harcamalarını ve engelliliği de artırarak, iş gücü kaybı ve yoksulluğun derinleşmesi ile sonuçlanabilmektedir (Demaio ve diğerleri, 2013:2).

Kronik hastaların afetler sırasında ve sonrasında hayat kurtarıcı hizmetlere erişimini ve buna ek olarak afetlerde kesintiye uğrayan tedavi ve bakımının sürekliliğini sağlamak için, afet öncesi dönemde yapılacak hazırlık ve planlamaların önemi büyüktür. Kurumsal reaksiyonun yavaşladığı veya başka yöne aktarıldığı

acil/afet durumların özellikle ilk saatlerinde bireysel ve toplumsal yaklaşımlar ön plana çıkmakta, hayat kurtarıcı olmaktadır.

Bu çalışmada, olası afet ve acil durumlarda zarar görebilir nüfus gruplarından olan kronik hastalığa sahip bireylerin, afete hazırlık seviyesinin ve hazırlık davranışlarını etkileyen değişkenlerin neler olduğu sorularına yanıt aranmıştır. Bu doğrultuda, kronik hastalığa sahip bireylerin ve hasta yakınlarının, afet ve acil duruma hazırlık inancını tespit ederek, elde edilen bilgiler ışığında, olası afet ve acil durumlara yönelik hazırlık bilincini artırmaya yönelik öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırma evreni, İzmir İli Evde Sağlık Hizmetlerine 2020 Ocak ayı itibarıyla kayıtlı 26.240 hastadan oluşmakta olup, evreni bilinen örneklem formülü ile 251 hasta, basit tesadüfi örneklem seçimi yöntemiyle belirlenmiştir. Hastaların %35,9'u Suriye Uyruklu hastalardan oluşmaktadır. Hastalar evlerinde ziyaret edilerek anket formu ve Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği gönüllü katılım ile hasta ve hasta yakınlarına uygulanmıştır. Anket ve ölçek formu uygulamasına, Ebru İnal tarafından 05/ 09/2019 tarihli Genel Afete İnanç Ölçeği kullanım izni (EK-6), İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden 24/01/2020 tarihli Ön İzin Yazısı (EK-4), Dokuz Eylül Üniversitesi'nden 21/02/2020 tarihli Etik Kurul İzni (EK-3), İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden 02/03/2020 Araştırma İzni (EK-5) ve hasta/yakınlarından gönüllü olurları (EK-7) alındıktan sonra başlanmıştır.

Uluslararası ve ulusal literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, afete hazırlık ile ilgili pek çok çalışma olduğu saptanmıştır. Ancak kronik hastalığa sahip bireylerin afete hazırlığı söz konusu olduğunda, az sayıda çalışma mevcut olup, literatürde bu konuda bir boşluk olduğu saptanmıştır. Ayrıca, araştırma grubunun %35,9'unun Suriyeli Hastalardan oluşması, savaşa ve göç afetine maruz kalan ve dil engeli bulunan hastalara ulaşılması araştırmayı özgün bir hale getirmektedir.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölümde, kronik hastalıklar tanımlanarak, bireylere, çevresine, ülkelere ve sürdürülebilir kalkınmaya olan etkileri, önlemeye yönelik yapılan girişimler açıklanmıştır.

İkinci bölümde, afetlerde zarar görebilirlik faktörü olarak kronik hastalıklar incelenmiş, afet koşullarının kronik hastalıklara etkisi detaylı şekilde örneklerle açıklanmıştır.

Üçüncü bölümde ise, araştırmanın bulguları tablolar ve analizler ile açıklanmıştır. Elde edilen bulgular ilgili yerli ve yabancı literatür ile karşılaştırmalı olarak tartışma bölümünde açıklanmıştır.

Sonuç bölümünde, araştırmanın anlamlı sonuçları sunulmuş, önerilerde bulunulmuştur.

Bu araştırma sonucunda elde edilen bulguların kronik hastalığa sahip bireylerin afete hazırlık seviyesini artırmaya yönelik girişimlerin yol göstericisi olarak, zarar görebilirliğin azaltılması, kayıpların en aza indirgenmesinde yararlı olacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM
KRONİK HASTALIKLARA İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. KRONİK HASTALIKLAR

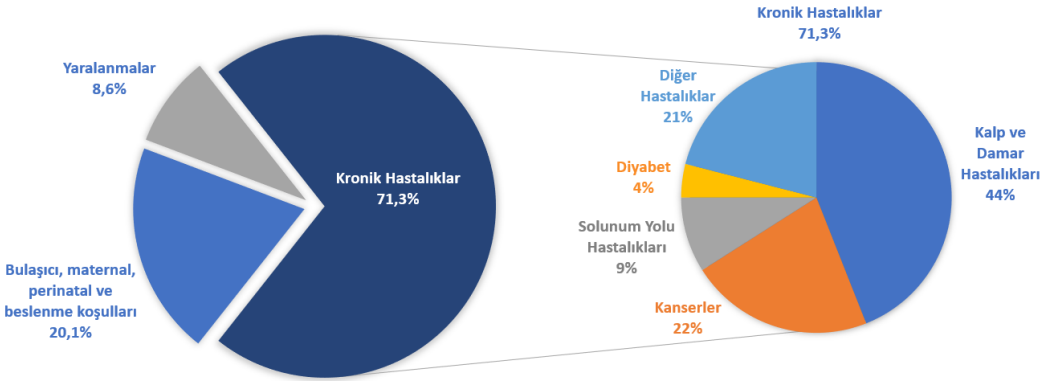
1.1.1. Kronik Hastalıkların Tanımı

Kronik hastalıklar ya da diğer adıyla Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH), kendiliğinden iyileşmeyen ve nadiren tamamen tedavi edilebilen, ortaya çıkışı uzun yıllar sürebilen, oluşumunda çevresel, genetik, psikolojik ve yaşam koşullarının etkili olduğu, sağlığı kademeli olarak bozup yaşam kalitesini kötüleştirerek tıbbi tedavi ve bakıma ihtiyaç oluşturan, sakatlık ve ölüme sebep olan durumlardır. Ayrıca tüm davranışsal bozukluklar, örneğin; madde kullanımı ve bağımlılık bozuklukları, zihinsel hastalıklar, demans ve diğer bilişsel bozukluklar ve gelişimsel engeller de kronik hastalıklar kapsamına girmektedir (WHO, 2015: 35). ABD Hastalık Kontrol Merkezi (CDC), kronik hastalıkları "bir yıldan daha uzun süren, sürekli tıbbi izlem gerektiren ve günlük yaşamı kısıtlayan sağlık sorunları" olarak tanımlamıştır (CDC, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013-2020 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Yönelik Küresel Eylem Planında "dünyanın en büyük katilleri" olarak tanımladığı kronik hastalıklar sonucunda her yıl dünya üzerinde 41 milyon kişinin ölmekte ve bu rakam, tüm ölümlerin %71,3'üne karşılık gelmektedir (WHO, 2013a:1).

Ölümlerin çoğuna dört ana kronik hastalık grubu sebep olmaktadır. Bu hastalıklar tüm dünyadaki ölüm nedenlerine göre sırasıyla; kardiyovasküler hastalıklar (kalp krizi ve inme), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet ve diğer hastalıkları içermektedir (WHO, 2018a: 7).

Şekil 1: Küresel Ölüm Sebepleri ve Kronik Hastalıkların Dağılımı



(Kaynak: WHO, 2018)

Kronik hastalıklar, farklı şiddet derecelerinde ortaya çıkabilmektedir. Bazı kronik hastalıklar hayatı tehdit edip, yaşam kalitesini bozarken, bazıları ise daha az zarar vermektedir. Bazı kronik hastalıklar, ilk aşamalarda yaşam kalitesini etkilemezken, erken ve etkili bir şekilde tedavi edilmezse, ilerleyen dönemlerde ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Kalp hastalıkları, inme, kanserler, diyabet, romatoid artrit, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), alzheimer, kronik böbrek yetmezliği gibi sık görülen kronik hastalıkların yanında, Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS), kistik fibrozis, Crohn hastalığı, Spinal Müsküler Atrofi (SMA) gibi nüfus üzerindeki yaygınlığı daha düşük olan kronik hastalıklar da başa çıkmanın zor olduğu, yaşam kalitesini düşüren, hayatı tehdit eden, toplum sağlığı ve refahını olumsuz yönde etkileyen kronik hastalıklardandır.

Kronik rahatsızlığı olan kişilerin hemen hemen yarısında birden fazla kronik rahatsızlık veya yandaş hastalık vardır. Çünkü hastalıklara yol açan risk faktörleri, birden fazla mekanizmayı da aynı zamanda tahrip etmektedir. Örneğin, obezite, diyabet hastalığına neden olurken, tedavi edilmeyen diyabet böbrek yetmezliklerine, görme kayıplarına neden olmaktadır. Aynı zamanda obezite, hipertansiyonla da yakından ilişkili olup, beyin-damar hastalıklarına ve inmelere, bunlara bağlı olarak yatağa bağımlılık ve engelliliğe sebep olabilmektedir. Bireyler arasında çoklu kronik rahatsızlıkların görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Bir bireyin kronik

durumlarının sayısı arttıkça, ölümcül sonuçlar, fonksiyonel durumun kötüleşmesi, sık hastaneye yatışlar, ilaç etkileşimleri, yinelenen testler ve çelişkili tıbbi girişim riskleri de artmaktadır (U.S. Department of Health and Human Services, 2010:2; Anderson, 2010:8).

Kronik hastalıklar, dünya genelinde başlıca engellilik ve ölüm nedenidir. (WHO, 2005a:1). Örneğin; diyabet hastalığı görme kayıplarına, böbrek yetmezliğine, uzuv kayıplarına sebep olurken, kalp ve dolaşım sistemi sorunları, ani ölümlere, beyin kanamasına ve inmeye bağlı uzuvların kısmî ya da tamamen işlev kaybı nedeniyle yatağa bağımlı kalmaya da sebep olabilmektedir (Murray, Lopez &WHO, 1996:20).

Kronik hastalıkların olumsuz etkileri, bireylerin ötesinde ailelere ve tüm topluma kadar uzanabilmektedir. Kronik hastalıklar, dünyadaki sosyal ve ekonomik kalkınmayı olumsuz etkileyen yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Düşük ve orta gelirli ülkeler, kronik hastalıkların çifte yükünü daha çok çekmektedirler. Bu ülkelerde 30-69 yaş arası erken erişkin nüfus ölümlerinin %85 oranında sorumlusu olan kronik hastalıklar, ulusal üretkenliği ve ekonomileri tehdit etmektedir. Genellikle uzun süren ve pahalı tedaviler ile yol açtığı sağlık harcamaları ve aktif çalışma çağındaki nüfusun hastalıklar nedeniyle iş göremez duruma gelmesi sebebiyle ülkeleri yoksulluk sarmalına ittiğinden, ülke içi ve ülkeler arasındaki sağlık ve refah farklılıklarının artmasına sebep olmaktadır (WHO, 2011a:15).

Kronik hastalıkların bireyler ve toplum üzerindeki etkilerinin önlenmesi ve azaltılması için kapsamlı sağlık bakımının sağlanması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin aktif olarak uygulanmasının yanında eğitim, finans, ulaştırma, tarım dahil olmak üzere tüm sektörlerin ilgili riskleri azaltmak için iş birliği yapmasını gerektiren kapsamlı bir yaklaşım gerekmektedir. Eğer doğru müdahalelerde bulunulmazsa, gelecek yıllardaki etkisi, ülkelerin ve toplumların sağlık ve refahına karşı büyük risk oluşturmaktadır (WHO, 2011a:15).

Küresel ölüm oranına en büyük katkıyı sağladıkları, aynı zamanda bu dört ana hastalığın dört değiştirilebilir risk faktörünü paylaştığı için, hastalık ve ölüm oranlarını azaltmada hastalıkları ve risk faktörlerini iyi tanıyarak, oluşmasını önlemeye yönelik girişimlerde bulunmak önemlidir. Dünyayı etkileyen dört kronik hastalık grubu aşağıda detaylı şekilde anlatılacaktır.

1.1.1.1. Kardiyovasküler Hastalıklar (Kalp ve Damar Hastalıkları)

Kardiyovasküler hastalıklar terimi, kalbin ve damarların yapısal ve işlevsel bozukluğundan kaynaklanan birçok hastalığı içeren şemsiye bir kavramdır. Kalp yetmezliği, kalp kapak hastalıkları, kalp ritim bozuklukları gibi kalbin direkt fonksiyonunu etkileyen durumlar ve damar yapısının bozukluğuna veya tıkanmasına bağlı oluşan problemler ile kan dolaşımının sekteye uğramasına bağlı görülen sorunları kapsamaktadır. DSÖ'ne göre kardiyovasküler hastalıklar, tüm ölüm nedenleri arasında (%44) ile ilk sırada yer almaktadır (WHO, 2018a:7). Yüksek ölüm oranlarına en çok katkıyı sağlayan (%85) iki hastalıktan ilki olan iskemik (tıkayıcı) kalp hastalıkları (kalp krizi); kalbi besleyen damarların tıkanarak, kalbin pompa görevini gerçekleştirememesi sonucu dokuların oksijensiz kalması sonucu ani gelişen bir durumdur (WHO Fact Sheet).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 1990-2014 yıllarını içeren sonuçlarına göre, ülkemizde ani kalp krizi ve ani gelişen kalp sorunlarına bağlı oluşan bir yıllık ölüm oranının %32 olduğu ve bu oranın yıllar geçtikçe arttığı bildirilmektedir (Onat ve Can, 2017: 28).

İkincisi, Serebrovasküler (beyin damarı) Hastalıklar (SVH), çeşitli nedenlerle beyni besleyen kan damarlarının tıkanması veya kanaması sonucu beyin dokusunda hasar oluşturan ve etkilenen beyin bölgesinin fonksiyonu bozan ve vücutta etkilerini gösteren hastalık grubunu ifade etmektedir. SVH sonucunda (felçler, inmeler vb.) uzuvlarda hareket kısıtlılıkları ve fonksiyon kayıpları, bilişsel durumun bozulması, nörolojik hastalıklara ek olarak yatağa bağımlılık geliştiğinden, bireylerde çoğu zaman engellilik oluşturmaktadır.

Kardiyovasküler hastalıkların gelişimi incelendiğinde, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı ve alkol kullanımı yani dört davranışsal risk faktörünün de kalp hastalığı ve inme için etkili olduğu söylenebilir. Bu risklerin etkisi bireylerde aşırı kilo ve obezite, artmış kan basıncı, artmış kan şekeri, artmış kan yağları olarak ortaya çıkabilir. Ek olarak, ileri yaş ve ailede kalp hastalığı öyküsünün risk belirlemede önemli faktörler olduğu kanıtlanmıştır (Anderson ve diğerleri, 1991:360).

Kardiyovasküler hastalıkların tedavi ve bakım yöntemleri, özel uzmanlıklar, pahalı ameliyatlar (koroner bypass, kalp ve beyin operasyonları vb.) ve girişimler

(trombektomi, koroner angio grafi vb.) ile sürekli ilaç kullanımı, uzun bakım, fizik tedavi ve rehabilitasyon süreçleri nedeniyle yüksek maliyete neden olmaktadır. Ülkemizi de içine alan 2017'de yapılmış Avrupa Kardiyovasküler Hastalık İstatistikleri'ne göre, kardiyovasküler hastalıkların AB ekonomisine yılda 210 milyar Euro'ya mal olduğu tahmin edilmektedir. AB'deki toplam KDH maliyetinin yaklaşık %53'ü (111 milyar Euro) sağlık bakım maliyetleri, %26'sı (54 milyar Euro) verimlilik kaybına, %21'i (45 milyar Euro) gayri resmi bakım masraflarına bağlıdır (Wilkins ve diğerleri: 2017: 8).

1.1.1.2. Kanserler

Kanser, dünyadaki ikinci önde gelen ölüm nedenidir ve 2018'deki tahmini 9,6 milyon ölümden sorumludur. Küresel olarak 6 ölümden yaklaşık 1 tanesi kanserden kaynaklanmaktadır (WHO ve Global Cancer Observatory 2019:1). Kanser, vücudu oluşturan organ ve dokuların temel birimi olan hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile kendini gösteren, 100'den fazla hastalık grubuna verilen isimdir. Kullanılan diğer terimler malign tümörler ve neoplazmalardır. Oluştuğu organ ve dokuya göre isim alması ve çok çeşitli kanser tipleri olmasına rağmen, kanserlerin hepsi hücrelerin anormal şekilde çoğalması ile başlamaktadır. Kanserli hücrelerin olağan sınırlarının ötesinde büyümesi, kitle oluşturması (tümör), vücudun bitişik kısımlarına sıçraması ve diğer organlara yayılması (metastazlanma), kanserden kaynaklanan ölümlerin başlıca sebebidir.

Dünyada erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri en sık görülen kanser türleri arasında bulunurken; meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanseri kadınlarda en yaygın olanıdır. DSÖ'ne bağlı Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'na göre, 2018 yılında, Akciğer (%11,6), Meme (%11,6) Kolorektal (%10,2), Prostat (%7,1), Mide (%5,7) ve diğer kanserler (%53,9) yeni tanı almış, 18 milyondan fazla kanser hastası saptanmış olup, 2040 yılında tüm yaş gruplarında ve cinsiyetlerde bu rakamın 29,5 milyondan fazla olacağı tahmin edilmektedir (WHO ve Global Cancer Observatory, 2019:1).

Kanser kontrolünde en etkili ve ucuz olan yaklaşım, kanseri önleme ve erken teşhistir. Sigara içmek, akciğer, yemek borusu, gırtlak veya ses kutusu, ağız, boğaz,

böbrek, mesane, pankreas, mide ve hatta serviks dahil olmak üzere birçok kanser türüne neden olur. Ayrıca, hava kirliliği veya pasif içicilik yetişkinlerde akciğer kanserinin bilinen bir nedenidir. Fazla kilo ve obezite birçok kanser türüyle de bağlantılıdır. Meyve ve sebzelerden lif açısından zengin bir beslenme ve fiziksel aktivite ile birlikte sağlıklı bir vücut ağırlığının korunması kanser riskini azaltabilmektedir. Alkol kullanımı ayrıca ağız, boğaz, yemek borusu, karaciğer, safra ve meme kanseri ile de ilişkilidir. Tüketilen alkol miktarı azaltılarak, kanser riskini de azaltmak mümkündür. Sadece yaşam tarzı değişiklikleri ve çevresel risk faktörlerine maruz kalmanın ortadan kaldırılması veya azaltılmasıyla yeni kanser vakalarının üçte birden beşte ikiye kadar azaltılabileceği tespit edilmiştir (Bray ve diğerleri, 2018:421). Kanser sebebi, gelişimi, tespiti ve korunma yolları her kanser tipi için farklı olsa da bazı kanser türleri için (meme kanseri, rahim ağzı kanseri gibi) tarama testleri ve aşılamanın hastalığın önlenmesinde ve kontrol altına alınmasında etkisi büyüktür.

Farklı tipteki kanserlerin büyüme ve yayılma şekilleri ve uygulanan tedavilere verdikleri yanıt da farklı olur. Bu nedenle kanserli hastalarda tedavi, kanserin tipine, bölgesine ve hastanın durumuna göre düzenlenmektedir. Kanser tedavisi, hasta ve yakınları için uzun süreçli, yorucu ve pahalı bir süreçtir. Bilinen tedavi yöntemleri olan; cerrahi yöntemle tümörün çıkarılması, kemoterapi (ilaçla tedavi) yöntemiyle kanserli hücrelerin yok edilmesi, iyonize ışın (radyoterapi) kullanarak tümörün yok edilmesi yöntemlerine ek olarak hedefe yönelik tedavi, kök hücre tedavisi, immunoterapi ve hormon tedavileriyle de kanserli hastalar tedavi edilmektedir. Tüm bu tedaviler, pahalı ameliyatlar, girişimler ve ilaçlar, uzun süreye yayılan tedavi seanslarından oluştuğundan kanserin direkt maliyeti ve yol açtığı sorunlardan dolayı mental destek, estetik (meme vb.) operasyonlar, özel besinler, iş gücü kayıpları gibi indirekt maliyetleri ülkeler düzeyinde yaygın olan kanser oranları sebebiyle ülke ekonomilerini zorlar. 2014 yılında sadece Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'de kanserle ilgili sağlık hizmetleri için yaklaşık 87,8 milyar dolar harcanmıştır (U.S. Department of Health & Human Services, 2014)

1.1.1.3. Kronik Obstrüktif (Tıkayıcı) Akciğer Hastalığı (KOAH)

Yaşamak için gerekli oksijeni sağlayan akciğerlerin, çeşitli nedenlerle solunum fonksiyonunu sürekli olarak yerine getirememesiyle oluşan hastalıklar, olarak tanımlanan kronik akciğer hastalıklarından bazıları kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), astım, solunum alerjileri, mesleki akciğer hastalıkları olarak sayılabilir. Kelime anlamıyla süregelen, tıkayıcı bir akciğer hastalığı olan KOAH, dünya genelinde ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada, engellilik nedenleri arasında altıncı sırada yer almaktadır (WHO, 2018a:7; IHME ve Lancet, 2018:13). İlerleyici, tam tedavisi olmayan amfizem ve kronik bronşitin şemsiye terimi olarak kullanılan KOAH'ın birincil nedeni sigara kullanımı veya pasif içicilik yoluyla tütün dumanına maruz kalmaktır. Düşük gelirli ülkelerde önemli bir ek risk faktörü, genellikle kapalı bir evde yemek pişirmek ve ısıtmak için biyokütle yakıtlarını kullanarak iç hava kirliliğine maruz kalmaktır. İç ve dış hava kirliliği, meslek tozları ve kimyasallarına maruz kalma, çocuklukta sık görülen alt solunum yolu enfeksiyonları ile de oluşabilen her iki hastalık, akciğerlerdeki bronş adı verilen hava keseciklerinin daralması sonucu; hastalarda solunum zorluğu, öksürük, balgam ve nefes darlığı gibi şikayetlere yol açar. Başlangıçta efor sırasında yetersiz akciğer kapasitesi nedeniyle nefes darlığı yaşayan hastalar, ilerleyen dönemde günlük işlerini ve öz bakımını yapamaz hale gelir. Hastalar daha rahat nefes almak için dışarıdan oksijen kaynağına (oksijen tüpleri, oksijen konsantratörleri) ve ilaçlara ihtiyaç duymaktadır. Hareket kabiliyetleri azaldığı için bakıma muhtaç ve kısıtlanmış şekilde yaşar. KOAH zemininde gelişen enfeksiyonlar nedeniyle yaşanan "alevlenmeler" sonucu sık hastaneye yatış, bakıma ihtiyacı olma, oksijene bağımlı olma bireyin ve yakınlarının yaşam kalitesini ve sosyal hayatını olumsuz etkilemektedir (WHO, 2007:38)

KOAH, genellikle kardiyovasküler hastalıklar da dahil olmak üzere önemli kronik hastalıklarla da yakından ilişkilidir. Obezite, diyabet, hipertansiyon, anemi, depresyon, anksiyete ve osteoporozla birlikte görülmesiyle, KOAH'ın tedavisi ve yönetimi daha da zorlaşmaktadır (Fabbri ve diğerleri, 2008: 206; Mannino ve diğerleri, 2015:140).

Dünya genelinde çok büyük bir sosyo ekonomik yük taşıyan KOAH'ın, 2010 yılında, Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü tarafından belirlenen ABD'de

öngörülen yıllık KOAH maliyeti; semptom yükü, alevlenmeler, hastaneye yatış ve yandaş hastalıklarla birlikte doğrudan tıbbi maliyetlerde (örneğin, yatarak ve ayakta tedavi, ilaç gibi) 29.5 milyar dolar; hem KOAH hastaları hem de aile ve bakıcıları üyeleri için hastalığa bağlı dolaylı maliyetlerde (örneğin, hastalık nedeniyle verimlilik kaybı, erken emeklilik) 8.0 milyar dolar ve dolaylı ölüm maliyetlerde (örneğin, erken ölüm nedeniyle verimlilik kaybı) 2,4 milyar Dolar'dır (American Lung Association, 2013:22).

1.1.1.4. Diyabet

Vücudun hücrelerine güç vermesini sağlayan kan şekerinin vücutta kullanımını düzenlemek için kullanılan insülin hormonunun pankreas tarafından yeterince üretilmediğinde veya pankreasta üretilen insülinin vücutta etkin bir şekilde kullanamadığında ortaya çıkan metabolik kökenli kronik hastalığa diyabetus mellitus, kısaca diyabet denilmektedir. Kontrolsüz diyabet, yüksek kan şekeri veya hiperglisemi adı verilen bir tabloya neden olmakta ve vücudun birçok sistemine, özellikle sinirlere ve kan damarlarına, böbreklere ve gözlere geri dönüşümsüz ciddi zararlar vererek, engelliliğe sebep olabilmektedir (International Diabetes Federation, 2017:16).

Diyabet hastalığı, dünyada yaygın olarak bulunmakla birlikte düşük ve orta gelirli ülkelerde, yüksek gelirli ülkelere göre daha fazla görülmektedir. 2019 yılı Dünya Bankası verilerine göre, 20-79 yaş diyabet yaygınlığı, üst gelir grubundaki Avrupa Birliği ülkelerinde ortalama %6,1 iken, orta üst gelir grubundaki ülkemizde oran %12,1, alt gelir grubundan Marshall Island, Tuvalu, Nauru gibi pasifik ada ülkelerinin ortalama %25'lere ulaşmaktadır (The World Bank, 2019). DSÖ tahminlerine göre, 2014 yılında dünya üzerinde 422 milyon diyabet hastası birey bulunmaktaydı (WHO, 2016b: 6). Yüksek kan şekeri her yıl yaklaşık 4 milyon ölüme neden olmaktadır ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), yetişkinler arasında (18 ila 99 yaş) diyabet için yıllık küresel sağlık harcamalarının 2017'de 850 milyar ABD Doları olduğunu tahmin etmektedir (International Diabetes Federation, 2017: 51).

Diyabet hastalığında, mevcut sınıflandırmaya göre Tip 1 diyabet, Tip 2 diyabet olmak üzere iki ana tip bulunmaktadır. Gebelik diyabeti olarak bilinen Gestasyonel diyabet ve tıp bilimindeki yeni gelişmeler ile birlikte tespit edilen hybrid diyabet ve

diyabetin yeni alt tipleri belirlenmekte olup, henüz sınıflandırmaya dahil edilmemiştir (WHO, 2019a: 4).

Tip 1 Diyabet: Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, vücudun bağışıklık sisteminin, insülin üreten pankreas hücrelerine saldırması sonucunda insülinin eksikliği veya tamamen yokluğu ile karakterizedir. Genellikle çocuklarda ve ergenlik çağında tespit edilir. Tip 1 diyabet hastaları, kan şekerini kontrol altına almak için, günlük insülin tedavisi, düzenli kan şekeri takibi ve sağlıklı bir diyet ve yaşam tarzının sürdürmesi gerekmektedir (International Diabetes Federation, 2017:18).

Tip 2 Diyabet: Dünya üzerinde diyabet vakalarının yaklaşık %90'ını oluşturan en yaygın diyabet tipidir. Hiperglisemi, yetersiz bir insülin üretimi ve insülin direnci olarak tanımlanan, vücudun insüline tam olarak yanıt verememesinin sonucu oluşur. Genetik faktörler haricinde, toplumun beslenme alışkanlıklarının değişmesi, endüstriyel bol şekerli, yağlı yiyeceklerin tüketiminin yaygınlaşmasıyla obezitedeki artış ve fiziksel hareketsizliğe paralel olarak tip 2 diyabet hastalığı görülme sıklığı artmıştır. Tip 2 diyabet, gelişmesi yıllar alan metabolik süreçlerin bir sonucudur. Bu nedenle yaşlı yetişkinlerde daha sık görülür, ancak toplumda beslenme alışkanlıklarının değişmesiyle çocuk ve gençlerde de görülmeye başlamıştır (International Diabetes Federation, 2017:19). Tip 1 diyabette olduğu gibi, kan şekerini kontrol altına almak için, günlük kan şekerini düzenleyici ilaçlar ve gerekirse insülin, düzenli kan şekeri takibi ve sağlıklı bir diyet ve yaşam tarzının sürdürmesi gerekmektedir.

Gestasyonel Diyabet: Gebelikte normal hormonal ve fiziksel değişiklikler nedeniyle insülin direncinin artmasına bağlı olarak, kontrol altına alınamayan kan şekeri yüksekliğini ifade etmektedir. Gebelik döneminde ilk kez tespit edilmiş ve diyabeti doğumdan sonra da devam eden ile, doğum sonrası diyabet hastalığı ortadan kalkan çeşidi olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır. Gebelik diyabeti olan kadınlar, genellikle daha büyük doğum ağırlıklı bebekleri nedeniyle, preeklampsi gibi doğumsal komplikasyon riski altındadır. Gebelik sonrasında kendilerinde ve gelecekte çocukları tip 2 diyabet riski altındadır (International Diabetes Federation, 2017:21).

1.1.2. Kronik Hastalıkların Risk Faktörleri

Günümüzde salgın hastalıkların kontrolü, ortalama yaşam süresinin artması, sanayileşmeyle birlikte artan hava kirliliği, kolayca ulaşılabilir ve yoğun şekilde pazarlanan yüksek oranda tuz, trans yağ ve şeker olan işlenmiş gıdaların beslenme alışkanlıklarını değiştirmesi ve hayat tarzı değişikliklerinin de eklenmesiyle kronik hastalıkların görülme sıklığı artmış ve artmaya devam etmektedir (Fries, 2002: 248; WHO, 2011a: vii).

Oluşması için uzun süreler göz önüne alındığında, kronik hastalıkları önlemek için birçok fırsat bulunduğundan, risk faktörlerini tanımlamak ve bunlara karşı harekete geçmek önemlidir. İleri yaş ve kalıtım gibi değiştirilemeyen risk faktörleri dışında, en çok ölüme sebep olan dört kronik hastalığın ortak davranışsal risk faktörleri tüm dünyada benzerdir (WHO, 2017a: 7; United Nations General Assembly, 2011:4).

Bunlar:

Tütün kullanımı,

Sağlıklı beslenme yetersizliği,

Yetersiz fiziksel aktivite,

Alkolün zararlı kullanımıdır.

2011 yılında, Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurul 66. Oturumunda söz alan DSÖ yöneticisi Dr. Chan, kronik hastalıkları "yavaş gelişen afetler" olarak tanımlamış, onlarla mücadele için, yaşam tarzını hedef almak gerektiğinden bahsetmiştir (United Nations General Assembly, 2011:3). Üst düzey toplantı sonrası açıklanan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Bildirgesi'ne göre, kronik hastalıkları ve sakatlığı engellemek ve 2025 yılına kadar kronik hastalıklara bağlı erken ölüm riskini %25 azaltmaya yönelik dokuz gönüllü küresel hedef ve önleme, kontrol, tedavi ve sağlık sistemini güçlendirmeye yönelik 25 gösterge belirlenmiştir. Kronik hastalıkların önlenmesinde ulusal, bölgesel ve küresel düzeyde çok sektörlü iş birliğinin oluşturulmasının, başarıya ulaşmak için anahtar rol oynadığı ifade edilmiştir. DSÖ'nün açıkladığı dokuz gönüllü hedef şu şekilde oluşturulmuştur (United Nations General Assembly, 2011:12).:

Kalp-damar hastalıkları, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları veya diyabetten kaynaklanan erken ölümlerin %25 oranında göreceli olarak azaltılması

Zararlı düzeyde alkol kullanımının ulusal ölçütlere bağlı olarak, en az %10 azaltılması,

Yetersiz fiziksel aktivite yaygınlığının %10 göreceli azaltılması,

Nüfusun ortalama tuz tüketiminin %30 oranında azaltılması,

Sigara/ tütün kullanımı yaygınlığının 15 yaş üstü bireylerde %30 oranında göreceli olarak azaltılması

Yüksek kan basıncı yaygınlığının kontrol altına alınması ve ulusal ölçütlere bağlı olarak, yüksek kan basıncı yaygınlığının %25 göreceli azaltılması

Diyabet yaygınlığının ve obezite artışının durdurulması

İnsanların en az %50'sinin kalp krizi ve felçleri önlemek için (kan şekeri kontrolü dahil) ilaç tedavisi ve danışmanlık alabilmesi

Önde gelen kronik hastalıkların tedavisi için gerekli temel ilaç ve teknolojilerin kamu ve özel kurumlarda uygun fiyatlı olması ve ulaşılabilirliğinin %80 oranına çıkarılması.

Türkiye'de DSÖ tarafından belirlenen 9 gönüllü hedefin 8'ine yönelik çalışmalar ve izleme komiteleri oluşturulmuştur. Son madde olan ilaç ve teknolojiye ulaşılabilirlik hedefi hâlihazırda sağlanabildiği için bu konuda girişimde bulunulmamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı ve DSÖ, 2017:6).

Risk faktörlerine maruziyetin sadece kardiyovasküler ölümlere ilişkin sonuçlarının ortaya konduğu Amerikan Kalp Birliği (AHA) ve Dünya Kalp Federasyonunun da dâhil olduğu geniş çaplı bir araştırmada, mevcut kan basıncı, diyabet, obezite ve tütün kullanım trendlerinin devam ettiği varsayıldığında, erken kardiyovasküler hastalık ölümlerinin, dünya genelinde değişmekle birlikte, 2013 yılında 5,9 milyondan, 2025' te 7,8 milyona çıkacağını öngörmektedir. Çalışmada, DSÖ'nün kronik hastalıkları önlemeye yönelik belirlediği 25 göstergenin 25 ini de yakalaması halinde, 2025'teki erken kardiyovasküler hastalığa bağlı ölümlerin sayısının 7,8 milyon yerine 5,7 milyon olacağını öngörülmektedir (Sacco ve diğerleri, 2016: e679). Mevcut durumda risk faktörlerinden kaçınıp kanıta dayalı korunma stratejilerini uygulayarak, dünya üzerinde en çok yüzdeye sahip ölüm oranını azaltmak mümkün görünmektedir.

Her ne kadar davranışsal faktörler dünya genelinde kronik hastalıkların günah keçisi olarak görülse de, davranışsal faktörlere neden olan, birbiriyle etkileşimli, birden çok değişken söz konusudur. Sağlığın sosyal belirleyicileri olarak adlandırılan, bireyin veya toplumun sağlığını doğrudan ya da dolaylı etkileyen sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler, kronik hastalıkların risk faktörlerini bir bütün olarak değerlendirilmesine olanak sağlar. Yoksulluk ve eşit olmayan yaşam koşulları, zayıf sağlık sistemleri, haksız ekonomik düzenlemeler, yetersiz sosyal politika ve programlar, hızlı ve düzensiz kentleşme, işsizlik ve olumsuz çalışma şartları, cinsiyet eşitsizliği, eğitime ulaşmanın güç olması, sosyal çevre şartları, hayatın ilk yıllarında olumsuz çevre etkileri (ihmal, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar), alkolün yanı sıra diğer bağımlılık yapıcı maddeler, ülke ve bölgelerin ulaşım ve trafik koşulları kronik hastalıkların gelişmesine katkı sağlayan, ilk bakışta görünmeyen, altta yatan sebeplerdir (Marmot ve diğerleri &Commission on Social Determinants of Health, 2008: 1662; Marmot, 2005: 1102; Klesges ve diğerleri, 2001: 74).

1.1.3. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Sağlık ve Bakım Gereksinimleri

Kronik hastalıklar hayat boyu tedavi gerekliliği, fiziksel ve ruhsal sorunlar, sık hastaneye yatış ihtiyacı ile bireylerin günlük rutinlerini olumsuz etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmekte ve bakım gereksinimine neden olmaktadır. Öncelikli olarak hastanın kendi kendine yetmesi ve hastalığı yönetmesiyle psikolojik uyum ve hastaneye yatışlarda azalma hedeflenmekle birlikte, bazı durumlarda, örneğin fiziksel yetersizlikler, ağrılar, vücut fonksiyonlarının kaybı (idrar ve dışkı kontrolünün olmaması, beslenememe), mentâl bozukluklar, yatak yaraları vb. sorunlarının çözümü için hastaların, bakıcı ya da yakınlarının bakımına ihtiyaçları olmaktadır (Lorig ve Holman, 2003:5). Düzenli bakım ve ilaçlara erişimin olmaması, yüksek maliyetli bakım gerektiren komplikasyonlara neden olabilmektedir ve bireylerin hem yaşam kalitesini hem de yaşam beklentisini ciddi şekilde tehlikeye sokma potansiyeline sahiptir. Örneğin; hipertansiyon, kalp damar hastalıklarının en yaygın görülen belirtilerinden biridir. Erken saptanmaz ve uygun şekilde tedavi edilmezse kalp krizi, inme, böbrek yetmezliği ve ölüme yol açabilir. Bu nedenle hipertansiyon hastalarının

kan basıncı takip ve tedavisi, yaşam tarzı değişiklikleri, hastalık yükünü önemli ölçüde azaltabilmektedir (Whelton ve diğerleri 2018: e171-e188).

Hastalıklara göre değişmekle birlikte, kronik hastalığa sahip bireylerin genel ihtiyaçları; ilaç ve tıbbi cihaz, beslenme düzenlemeleri, öz-bakım yönetimi ve hastalık kontrolü eğitimi, sonda (beslenme, idrar ve gaita) eğitimi, yara bakımı, enfeksiyon kontrolü, egzersiz, rehabilitasyon vb. sayılabilmektedir. Birçok disiplini ve uzmanlığı ilgilendiren bu ihtiyaçların, hasta ve yakınlarının da sürece katılımıyla, eşlik eden hastalıklar da dikkate alınarak, doktor, fizyoterapist, diyetisyen, iş uğraş terapisti, psikolog, hemşire vb. uzmanlık alanlarının birlikte ve uyum içinde çalışmasıyla sorunların çözülmesi gerekmektedir.

Çalışmanın ilerleyen kısımlarında, öz-bakım yönetimi ve hastalık kontrolü eğitimi, ilaç ve tıbbi cihaz gereksinimi ve beslenmeye yönelik gereksinimler detaylı açıklanacaktır.

1.1.3.1. Sağlık Okuryazarlığı, Öz-Bakım Yönetimi ve Hastalık Kontrolü Eğitimi

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklı yaşam konusunda doğru bilgiye erişimi, sağlığı teşvik edici davranış ve uygulamaları anlama ve uygulama motivasyonlarını ve yeteneklerini, sağlık hizmetlerine erişimini ve uygun kullanımını belirleyen beceriler olarak tanımlanmıştır (WHO, 2017d:21). Yetersiz sağlık okur yazarlığı, sağlıksız yaşam tarzı, kronik hastalıkların gelişmesi ve önlenmesi ile ilgili bilgi eksikliği, tedaviye uymada güçlükle birlikte yetersiz ya da fazla ilaç kullanımı, hastalıkların kontrolden çıkmasıyla da sağlık harcamalarında artış ile kendini gösterir (Durusu ve diğerleri, 2014:17). Kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam tarzı değişikliği, tedaviye uyum, sağlık okuryazarlığı açısından büyük önem arz etmektedir.

Kronik rahatsızlığı olan hastalar, hastalıklarını kontrol altına alabilmek için, her an "kendi kendini yönetme" hakkında kararlar alırlar. Hastalıklarının gidişatını ve hayatlarını etkileyen bu kararları verirken, hastanın, hastalığını tanıması ve onu nasıl yöneteceğini bilmesi önem taşımaktadır. Tedaviye uyum adı verilen bu süreç, ilaçları düzenli kullanmayı, kontrollere zamanında gitmeyi ve davranış değişikliklerini yerine getirmeyi gerektirir (Lorig ve diğerleri, 1999:8).

Tedaviye uyum, geleneksel kronik hastalık yönetiminin hasta ayağının en önemli parçasıdır. Ancak tedaviye tam uyum sağlamak bireysel faktörler edeniyle o kadar da kolay değildir. Geleneksel yaklaşımda hastanın tıbbi sorununa odaklanan tedavi edici yaklaşıma ek olarak, yeni anlayışta, hasta ve sağlık personelinin işbirlikçi bakımı ve öz-bakım yönetimi eğitimi ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti birlikte verilmektedir. İşbirlikçi bakım, sağlık personeli ve hastaların, hastalık yönetimi konusunda birlikte karar verdikleri iletişimin bir tanımıdır. Öz-bakım yönetimi eğitimi, hasta eğitimi alanında gerçekleşir ve hastalara yaşam kalitesini artırmak için problem çözme becerileri konusunda güven kazandıran bir plan içermektedir (Bodenheimer ve diğerleri, 2002: 2470). Örneğin; diyabet hastası olan bir birey, diyet, egzersiz, ilaçları ve kan şekeri ölçülmesi gibi teknik becerileri geleneksel yöntemle öğrenir, ek olarak yeni yaklaşımda, uykusuz kalınca, sinirlenince vb. ilaç zamanı gelmemesine rağmen yükselen kan şekeriyle baş etmek için kaç üniteye kadar insülin kullanacağına dair bilgi sahibi olur.

Yapılan çalışmalarda, astım, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, inme, artrit gibi hastalıklarda etkili öz-bakım yönetimi sayesinde hem hasta konforu artmış, yorgunluk ve şikâyetler azalmış, acil servislere başvurular ve hastaneye yatışlar azalmış, dolayısıyla sağlık harcamaları düşmüştür (Lorig ve diğerleri, 2001: 1223). Bireylere kazandırılacak öz-bakımlarına yönelik davranış değişiklikleri hem hastalığın kötüye gitmesini önlerken hem de sosyal, psikolojik ve ekonomik kazanımları nedeniyle son derece önemlidir.

1.1.3.2. İlaç ve Tıbbi Cihaz Gereksinimi

Kronik hastalıkların yönetiminde doğru teşhisin ardından, düzenli kullanılacak ilaçlar hayati öneme sahiptir. İlaçlar, hayatta kalmaya, hastalığı kontrol altına alarak kötüye gitmeyi önlemeye, yaşam kalitesini artırmaya ve kişinin sosyal katılımına olanak sağlamaktadır. Vücudun kontrol edemediği fazla kan şekerini, yüksek tansiyonu, ödemi, kalp ritim bozukluğu, kanın fazla pıhtılaşması vb. gibi sorunları çeşitli mekanizmalar ile düzenleyerek, eksik olanı telafi ederek ya da aşı ile hastalıkların durumunun kötüleşmesini önleyerek, hasta bireylerin sağlıklı bir hayat sürmesine yardımcı olmaktadır. Örneğin, KOAH hastaları, akciğerlerindeki hava

akımının azalmasıyla vücutlarına yeterli oksijen alamamaktadır. Bazen basit bir oksijen tüpü veya basınçlı oksijen vererek solunuma destek olan makineler, yaşam için gerekli olan oksijeni dışardan sağlayarak ve uygun şekilde vererek, hastanın hayatına devam etmesine olanak sağlamaktadır. Yine KOAH hastaları, mevsimsel gripten en az etkilenmek için grip aşısı olurlar. Aşı, onları olası akciğer enfeksiyonlarına karşı dirençli hale getirmektedir.

Uygun teşhis ve kaliteli uzun süreli tedaviye erişimin yanı sıra yardımcı sağlık ürünleri için de artan bir ihtiyaç vardır. Yardımcı ürünler, sağlık ve refahı artırarak ihtiyaç sahibi kişilerin sağlıklı, bağımsız ve üretken kalmalarını sağlamak için gerekli araçlardandır. Örneğin, geçirdiği inme nedeniyle bacaklarını kullanamayan bireyin, tekerlekli sandalye ile hayatına devam edebilmesi bu duruma örnek gösterebilmektedir (WHO, 2017c: 10).

İlaçların etki süreleri kısıtlı olduğundan ve belli bir sürede vücutta metabolize olduğundan, istenen etkilerinin devam etmesi için, düzenli olarak ilaçların kullanılması elzemdir. İlacın dozu, zamanı, aralıkları, ek hastalıklara yönelik kullanılan başka ilaçlar ile etkileşimi yönünde alınacak önlemleri doktor, hasta ve hasta yakınının yakın iş birliği ve iletişimi içerisinde yapılmalı, kullanılan ilacın etkisi, yan etkileri, kandaki konsantrasyonlarına göre doz ayarlamaları düzenli kontroller ile kişiye uygun hale getirilmelidir.

Hastalığı yönetmek için ilaçlar ve tıbbi ekipmanlar önemli olduğu kadar, yaşam biçimi değişikliği de hastalığı kontrol altında tutmak ve sorunlarla başa çıkmak açısından oldukça önemlidir. Bunun en önemli değişkenlerinden biri beslenmedir.

1.1.3.3. Beslenmeye Yönelik Gereksinimler

Beslenme alışkanlıkları, kronik hastalıkların risk faktörlerinden olmakla birlikte, kronik hastalığa sahip olduktan sonra da dikkat edilmesi gereken bir konu olarak önemini korumaktadır. Nitekim sürekli yüksek sodyum alımı hipertansiyona yol açtığı gibi, kronik hipertansiyon hastalığına sahip bireylerin diyetinde tuz kısıtlamasına dikkat etmemeleri sonucu kontrol dışına çıkan yüksek tansiyon, böbrek yetmezliği, beyin kanaması, kalp krizi, ani ölümler gibi ciddi sonuçlara sebep olabilmektedir (Kawasaki ve diğerleri, 1978: 8; Frisoli ve diğerleri, 2012: 435-436).

Diyabet hastaları, kan şekerlerini kontrol altında tutmak için, ilaç kullanmanın yanında, öğün aralıkları uzmanlar tarafından belirlenmekle birlikte, diyetlerinde karbonhidrat kısıtlı beslenmeli, obeziteden kaçınmalıdır (Sievenpiper, 2018:64). Kronik böbrek yetmezliği hastalığına sahip bireylerde durum daha karmaşıktır. Genel olarak kronik böbrek yetmezliği hastaları, diyetinde su, protein ve tuz kısıtlamasına gitmeli ve potasyum içeren gıdalardan kaçınmak zorunda olsa da, böbrek yetmezliği diyabet hastalığının komplikasyonu sonucu oluşmuşsa, aynı zamanda fazla karbonhidrat içeren gıdalardan da uzak durması gerekecektir. Hastanın böbrek yetmezliğinin seviyesi, diyaliz alıp almadığı, ek hastalıkları diyetini belirleyen önemli değişkenlerdendir (Kalantar-Zadeh ve Fouque, 2017: 1771).

Kronik hastalıklara bağlı beslenme yetersizliği sık görülmektedir. Hastaneye yatan kronik hastaların yaklaşık %40'ında beslenme bozukluğu görülmüştür (Barker, 2011: 514). Sindirim sisteminde emilim bozukluğu sebepli kronik hastalıkların (Crohn hastalığı, çölyak hastalığı gibi) haricinde, kalp yetmezliği, kanser gibi hastalıkların artan enerji ihtiyacı, ilaçların yan etkileri ya da hastanın çeşitli nedenlerle (diş kaybı, yutma güçlüğü vb.) besin alımının azalması sonucu da beslenme yetersizliği gelişebilir. Beslenmenin yetersiz olması kansızlık, kas güçsüzlüğü, bağışık yanıtın bozulmasına bağlı hastanın enfeksiyonlara daha açık hale gelmesine, yara iyileşmesinde gecikmeye, ödem gibi istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir (Norman ve diğerleri, 2008: 7; Kirkland ve Shaughnessy, 2017: 1347).

Bazı hastalıklarda da (inme, ALS, Alzheimer vb.), yutma fonksiyonu bozulduğundan, hasta ağızdan beslenememektedir. Uzun dönemli beslenmeye bağlı sorunların önüne geçmek için, doktorun onayıyla bazen ağızdan veya burundan mideye inen bir tüp ile ya da cerrahi girişimle dışardan mideye tüp takılarak, bazen de damar yolundan hastanın ihtiyacı olan su ve mikrobesinlerin özel solüsyonlar içinde verilmesi yoluyla beslenme sağlanmaktadır.

Kronik hastalıklarda diyet, hastalığa ve ek sorunlara ilişkin özel besin gereksinimlerini belirleyip bu koşullara uygun yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmayı, hastalığın ilerleyen döneminde ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemeye ve yaşam süresini ve kalitesini yükseltmeye katkıda bulunur. Düzenlemeler, hastanın yaşı, gereksinimleri, kullandığı reçeteli ve reçetesiz ilaçlar, alerjileri ve gıda hassasiyetleri, kültür düzeyi, yeme alışkanlıkları göz önüne alınarak, ekip çalışması

içinde, hasta birey, hasta yakını, doktor ve diyetisyen ile birlikte kişiye özel yapılmalı, eğitim, izlem ve düzenli aralıklarla yapılacak ölçümler ile hastanın kontrolü sağlanmalı, gerekirse yeni ayarlamalar yapılmalıdır.

1.2. KRONİK HASTALIKLARIN PSİKO-SOSYAL VE EKONOMİK BOYUTU

Kronik hastalıklar, tıbbi sorunların yanı sıra, bireyleri ve yakın çevrelerinden başlayarak toplumsal ve küresel boyutta devam eden psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri de bulunmaktadır. Çalışmada, bu etkiler detaylı bir şekilde açıklanacaktır.

1.2.1. Kronik Hastalıkların Psiko-Sosyal Etkileri

Kronik hastalık tanısı almak ve hayat boyu hastalığın etkileriyle yaşayacağını öğrenmek, insanların kolaylıkla kabullendiği bir durum değildir. Hastalık ve kullanılan ilaçlara bağlı enerji kaybı, duyu kaybı, denge ve kontrol kaybı, cinsel işlev kaybı, ağrı gibi fiziksel sorunlarla birlikte, kronik hastalıklar kişinin üzüntü, öfke, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği, özgüvende azalma, ölüm korkusu, depresyon ve sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlar yaşamasına da neden olabilmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013: 57). Hastalığa uyum olarak adlandırılan başa çıkma süreci, kişilik özellikleri, kişilerarası ilişkiler, bilişsel değerleri, savunma mekanizmaları ile yakın, sosyoekonomik değişkenler, kültür ve cinsiyet ile uzak ilişkilidir (Stanton ve diğerleri 2007: 565).

Hastalık ve beklenen sonuçları kişinin gelecek planlarına, günlük aktivitelerine ne kadar engel oluyorsa, uyum süreci o kadar sancılı ve zor olmaktadır (Mete, 2008: 3). Örneğin, diyabetli bir hasta için şeker alımının kısıtlanması bir tercih iken, inme geçirmiş bir hastanın yatağa bağımlı olması, zorunlu bir süreçtir. Yatağa bağımlı bireyler, aktif bir hayattan zorunlu olarak yatmaya mahkûm olarak en temel ihtiyaçları için yakınlarının desteğine ihtiyaç duyduğunda, fiziksel rahatsızlıklarının beraberinde mentâl olarak da bu sürece adapte olmakta zorlanmaktadırlar. Bireylerin hastalık ve sağlık inançları, tedaviye uyumu, kültürü, akran grupları ve sosyal ağlarının gücü,

ekonomik durumu, okur yazarlığı, hastalıkların farklı aşamalarında, öz yeterliliği ve uyumu etkileyen durumlardır (Rijken ve diğerleri 2008:116).

Kronik hastalığa sahip bireyler, temel haklara, kaynaklara, hizmet ve mallara erişmede, sağlıklı bireylere oranla daha fazla güçlük yaşarlar. Fiziksel hastalığın yanı sıra, işsizlik, yoksulluk gibi birbiriyle bağlantılı süreçlerin etkisiyle, eşitsizlik artar ve sosyal dışlanma iyice belirginleşir. Sosyal dışlanmanın önüne geçilmesi için, sosyal koruma kapsamında eğitim, istihdam, gelir yardımı, sağlık ve sosyal hizmetlere erişimin kolaylaştırılması ile bireylerin topluma eşit oranda katılımı sağlanmalıdır (Çakır, 2002: 93). Ayrıca, benzer sorunlar yaşayan hasta ve yakınları ile iletişim grupları oluşturularak hem psikolojik olarak yalnız olduğu hissinin önüne geçmek, hem de deneyim ve bilgi paylaşımını artırmak hedeflenmelidir.

1.2.2. Kronik Hastalıkların Aile Bireyleri Üzerine Etkileri

Kronik hastalığa sahip bireyler rutin hayata adapte olurken, sadece kendileri değil, onlara önem veren aile bireyleri ve yakın ilişkide olduğu kişiler de yaşam tarzı değişikliklerinden etkilenmektedirler. Tanı ve tedavide kaydedilen ilerlemeler sayesinde, hastaların daha uzun süre yaşaması sağlanmış, dolayısıyla bu durum ailelerin de hastalıkla daha uzun süre yaşamasına neden olmuştur. Hastalık nedeniyle bakım ihtiyacı bulunan bireyler, yemek, yıkanma ve giyinme gibi günlük yaşam aktivitelerinde yakın çevresine bağımlı kalmaktadırlar. Ayrıca bireyin rehabilitasyonu, ilaç, sağlık ekipmanı ve hizmetleri, konut, ulaşım ve günlük yaşamı sürdürmek için yapılan harcamalar, toplum ve aile üyeleri üzerindeki ekonomik yükü artırmaktadır (Revenson ve diğerleri 2005: 137).

Kronik bir hastalık teşhisi konulduğunda, bireyin aile üyelerinin endişe, öfke, inkâr, kendini suçlama, korku, kafa karışıklığı ve çaresizlik gibi duygusal tepkilerinin yanı sıra, günlük aktivitelerin kısıtlanması, tatil gibi uzun vadeli planların yapılamaması, diyet ayarlama zorunluluğu, uyku kesintilerine bağlı yorgunluk, bakım verenin sağlığının bozulması, tıbbi kararlara ve müdahalelere dâhil olma zorunluluğu, diğer aile üyeleri ile ilgilenememe, iş yaşamında başarısız olma ve sürekli mazeret halinde olma, maddi zorluklar yaşanması ve sosyal ilişkilerinin bozulmasıyla yaşam

kalitesinin de etkilendiği saptanmıştır (Golics, 2013: 790; Lee ve diğerleri, 2017: 467; Houtzager ve diğerleri, 2005: 600).

Uzun süreli bakım verenlerde bakım verenin empati düzeyiyle değişmekle birlikte gözlenen duygusal durum, merhamet yorgunluğu adıyla tanımlanmaktadır. Genel anlamıyla hasta bireyin içinde bulunduğu acı/ağrıdan kurtulamaması, korunamaması neticesinde yaşanan fiziksel, duygusal tükenmişlik ve stres bozukluğu durumudur. Özellikle yatağa bağımlı hastaları olan ve bakım konusunda destek alamayan hasta yakınlarında sık görülür. (Pehlivan ve Güner, 2018: 131). Merhamet yorgunluğunu önlemek, hasta bakımının kalitesini ve büyük yük altında olan bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmak adına, dönüşümlü bakım desteği uygulamaları sosyal destek kapsamında sağlanmalıdır.

1.2.3. Kronik Hastalıklar ve Engellilik

Engellilik; fiziksel, zihinsel, psikiyatrik, bilişsel, nörolojik veya duyusal bozulmaların bireyin günlük aktivitelerini kısıtlamasıyla oluşan geçici veya sürekli bir durumdur. Bireyler çoğu zaman birden fazla engelliliği bir arada yaşamaktadır.

Dünya Engellilik Raporu'na göre, engelliliği tanımlayan iki model bulunmaktadır. Bunlar tıbbi engellilik modeli ve sosyal engellilik modelidir (WHO ve World Bank, 2011:4). Tıbbi model, engelliliği doğrudan hastalığın, yaralanmanın veya diğer sağlık sonuçlarının neden olduğu, tıbbi bakım gerektiren fiziksel engellilik olarak tanımlamaktadır. Fiziksel engellilik en yaygın engellilik türüdür, bunu zihinsel ve duyusal engellilik izlemektedir. Fiziksel engellilik, kas-iskelet sistemi, dolaşım, solunum ve sinir sistemi bozukluklarını içerirken, duyusal engellilik, işitme ve görme ile ilgili bozuklukları içerir. Nörolojik ve bilişsel sakatlık, serebral palsi, parkinson, multipl skleroz veya travmatik beyin hasarı gibi sonradan edinilmiş sakatlığı kapsamaktadır.

Zihinsel engeller, düşünme ve öğrenme süreçleri, iletişim kurma, bilgiyi hatırlama ve uygun şekilde kullanma, yargılama ve problem çözme ile ilgili zorluklarla ilgili zihinsel ve gelişimsel engeli barındırır. Zihinsel engel, gelişimsel olarak ortaya çıkan bilişsel bozukluk, tutum ve çevresel engeller arasındaki etkileşimin sonucudur. Engellilikle sonuçlanan psikiyatrik bozukluklar, obsesif-kompulsif bozukluklar,

anksiyete bozuklukları, fobiler veya depresyonu içermektedir (WHO ve World Bank, 2011:9).

Sosyal engellilik modelinde ise, engelliliği bireyin tıbbi durumu olarak değil, toplumsal olarak yaratılan bir sorun olarak görmektedir. Sosyal modelde, engellilik, bireye karşı sosyal çevrenin tutumu ve karşısına çıkardığı uyumsuz ortam tarafından yaratılmıştır. Kendi başlarına, her iki model de geçerli olmasına rağmen, hiçbiri tam olarka yeterli değildir. Engellilik, karmaşık, çok faktörlü ve boyutlu bir tanımdır ve bireysel bozukluklar ile sosyal faktörler arasında etkileşimli ilişkiler kurmaktadır. Dünya Engellilik Raporu, İşlevsellik, Engellilik ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)'nda hem tıbbi hem de sosyal engellilik modelini barındıran, tanımları bütünleştirerek sağlığı ve engelliliği tanımlayan ve ölçen bu yaklaşıma biyo-psiko-sosyal model adını vermiştir (WHO ve World Bank, 2011:4).

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi incelendiğinde, "… uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu sebebiyle, toplumun diğer bireyleriyle sosyal hayata tamamen ve etkili bir yolla katılmaları ve sosyal hayata uyumlu olma konusunda engeli bulunan kişiler" engelli bireyler olarak tanımlanmıştır (United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006:4).

TC. Anayasası 5378 sayılı kanunun 3. maddesinin c fıkrasında engellilik; "… fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyusal becerilerinde çeşitli seviyelerde kayıplarından dolayı toplum içinde diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlanan, tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey" olarak tanımlanmıştır (TC. Anayasası, 2015: 5378-3/c).

Bireylerde iyileşmeyen fiziksel ve mentâl uzun süreli sağlık sorunları nedeniyle işlevsellik, hareket kısıtlamaları ve zihinsel yeti kaybına, değiştirilemeyen duruma uyum sağlama gerçeği psikolojik sorunlara, çevre yardımına ihtiyaç olması ve yaşamın herhangi bir alanında katılımın kısıtlanmasına bağlı olarak da sosyal sorunlara yol açan bir engellilik nedeni olarak, kronik hastalıklar karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca engelliler, genel nüfusa oranla sağlık sorunlarına ilişkin riskleri daha fazla taşıması, sosyal dışlanmaya maruz kalması, sağlık hizmetlerine erişiminin daha zor olması, sigara kullanımı, kötü diyet ve hareketsizlik gibi risk faktörlerine maruziyetin daha fazla olması, yüksek oranda yoksulluk ve düşük eğitim oranları

nedeniyle, kronik hastalıklara yakalanma ve erken ölüm oranları daha fazladır (WHO ve The World Bank, 2011: 10-11).

Kronik hastalıklara bağlı engellilik oranı oldukça yüksektir. 2017 Küresel Hastalık Yükü İstatistiklerine göre, engelliliğin %80'i kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır (IHME ve Lancet, 2018: 10). Kronik hastalıklar, yol açtığı sakatlık ve iş göremezlik nedeniyle dünya genelinde engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları olarak ifade edilen DALY (Disability Adjusted Life Year) yükünü artırmakta, sağlık ve bakım hizmetine bağımlı olarak hayat kalitesini düşürmekte, yaşam yıllarını azaltmaktadır. Bir DALY, sağlıklı bir yaşam yılının kaybını ifade eder. Bir hastalık için DALY, 1000 nüfus başına erken ölüm sonucu olarak kaybedilen yaşam yıllarının (Years of Life Lost- YLL) ve sağlık durumu nedeniyle sakatlıkla geçirilen yılların (Years Lived with Disability- YLD) toplamıdır (WHO and World Bank, 2011:28).

DALY = YLL + YLD

Örneğin; ortalama yaşam beklentisinin doğumdan itibaren 75 yaş olduğu bir popülasyonda, ortalama 40 yaşında diyabete yakalanan ve 68 yaşında ölen nüfus için; diyabet nedeniyle 7 yıl erken ölüm, 28 yıl da engellilik nedeniyle olmak üzere, hastalığın o popülasyonda toplamda 35 yıl DALY yükü bulunmaktadır.

1.2.4. Kronik Hastalıkların Ekonomik Etkileri

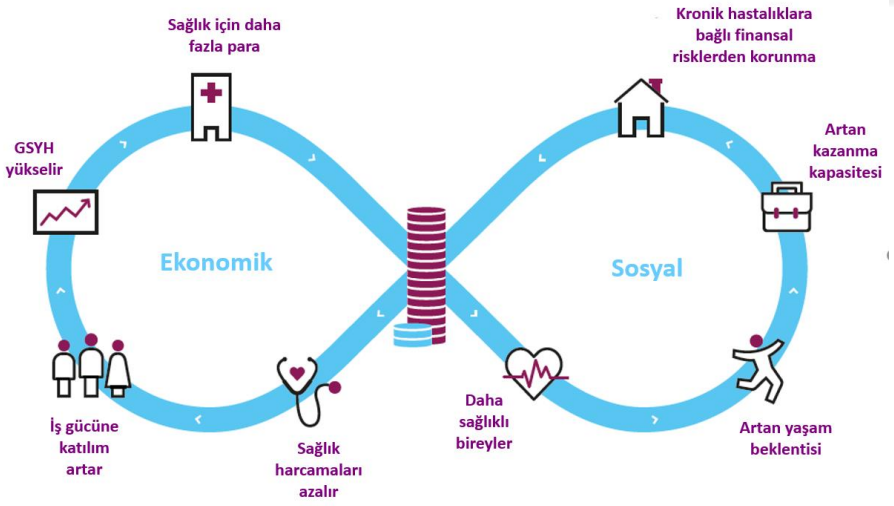
Kronik hastalıklar, tıbbi tedavinin ve sosyal politikaların yetersiz olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde, gelişmiş ülkelere oranla daha çok görülmektedir. DSÖ 2018 Sağlık İstatistikleri incelendiğinde, düşük ve orta gelirli ülkelerde bir ve daha fazla kronik hastalık görülme sıklığının, yüksek gelirli ülkelere göre neredeyse iki katı (%21- %12) olduğu görülmektedir (WHO, 2018b: 7) Bu hastalıklara bağlı 70 yaş altı erken ölümlerin de %85’ inin sorumlusu yine kronik hastalıklardır (WHO, 2020: 12).

Hastalık maliyeti ya da ekonomik etki analizi çalışmaları, hem bir hastalığı tedavi etmek için kullanılan tıbbi ya da tıbbi olmayan kaynakların tutarını hem de topluma veya belirli bir sektöre karşı kaybedilen üretkenlik olarak ölçülen hastalığın olumsuz ekonomik sonuçlarını değerlendirmektedir (OECD, 2008: 22). Hastalığın önlenmesi, teşhis, tedavi, ilaçlar, yatarak ve ayakta tedavi için kişisel tıbbi bakım gibi doğrudan maliyetlerinin yanı sıra, hasta ve yakınlarının verimlilik ve iş gücü kaybı

gibi dolaylı maliyetleri, ağrı, acı, psikolojik etkileri gibi ölçülemeyen maliyetleri nedeniyle kronik hastalıklar bireylere ve ülke ekonomilerine büyük zarar vermektedir (Bloom ve diğerleri, 2011: 15; Byford ve diğerleri, 2000:1335).

Kronik hastalıkları yönetmenin ilk adımı, oluşmalarını engellemektir. Tüm insanların sağlık ve yaşam kalitesini sağlamak için önleme çalışmaları ve halk sağlığına daha fazla odaklanmak gereklidir. DSÖ tahminlerine göre, kronik hastalıkların önlenmesine yönelik her 1 dolarlık harcama, 2030 yılında 7 dolar olarak geri dönecektir. Bu yatırımın getirileri sadece maddi kazanç ile sınırlı kalmayıp, engelliliği azaltmaya, yaşam kalitesini artırmaya, erken ölümlerin %15 azaltılmasına ve 8,2 milyon kişinin hayatını kurtarmaya katkıda bulunabilmektedir (WHO, 2018b:13). Şekil 2'de görüldüğü gibi, kronik hastalıkları önleme ve kontrolüne yatırım yapmak, sadece sağlığı iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda daha sağlıklı nüfus, artan yaşam beklentisi sonucu artan işgücü katılımı ve azalan sağlık harcamaları ile ülkelerin ekonomik verimliliğini de önemli katkıları olmaktadır.

Şekil 2: Kronik Hastalıkların Önlemesi ve Kontrolünün Değeri



(Kaynak: WHO, 2018b:7)

Kronik hastalıklarının azaltılmasına yönelik faaliyetler, dışsal faydaları nedeniyle devlet tarafından "koruyucu sağlık hizmetleri" girişimleriyle üstlenilmektedir (Altay, 2007:36). Bu yaklaşımda risk faktörleri ile mücadele ve toplumun direncini artırma en önemli basamaktır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde

kronik hastalıklarla başa çıkmak için ilk aşamada, toplum farkındalığını yükseltme, fiziksel hareketi artırma, diyetleri iyileştirme ve beslenme bilincini artırarak obeziteyi önlemeye yönelik girişimler ile, alkol ve tütün kullanımını kısıtlamayı amaçlayan uygun maliyetli müdahaleler, örneğin; sağlığa zararlı yiyeceklere, alkol ve tütüne fiyat müdahaleleri ile tüketimin kısıtlanması sayesinde ekonomik yük oluşturmadan risk faktörleri ile mücadele edilmesi planlanmalıdır. İlerleyen aşamalarda, kamu, sivil ve gönüllü örgütleri önderliğinde, kentsel planlama, enerji, çevre, ticaret ve sanayi, tarım, eğitim, din, gazetecilik, reklamcılık, ekonomi, hukuk, istihdam, halk sağlığı, hastaneler, güvenlik, spor, vergi, hükümet ve halk bileşenlerini içeren, kapsamlı ulusal politikalar ve eylem planları, uzun vadeli multi disipliner stratejiler ile insanların ve toplumun kronik hastalıklara ve risk faktörlerine karşı güçlendirilmesi hedeflenmelidir (Cecchini, 2010: 1775). Kronik hastalıkları önleyici çalışmalar, bireysel ve toplumsal refahı yükseltip, iş gücünü artırıp, sağlık harcamalarının azaltmasıyla, kısa ve uzun vadede ekonomik olumlu etkileri nedeniyle sürdürülebilir kalkınmaya da katkı sağlar.

1.2.5. Kronik Hastalıkların Sürdürülebilir Kalkınma Üzerine Etkileri

İlk kez, 1987 yılında Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu'nca hazırlanan Ortak Geleceğimiz (Brundtland) Raporu'nda adı geçen sürdürülebilir kalkınma; *"gelecek nesillerin ihtiyaçlarını karşılama olanaklarını tehlikeye atmadan, bugünün ihtiyaçlarını karşılayan kalkınma"* (WCED, 1987: 40) olarak tanımlanmıştır. Sürdürülebilir kalkınma, ülkeler ekonomik alanda gelişirken, doğayla barışık, kaynakları tüketmeden, şimdiki nesil ile gelecek nesillerin refahını düşünen düzenlemeler ile herkes için daha iyi ve sürdürülebilir bir geleceği korumayı hedeflemektedir. Sürdürülebilir kalkınma, çevresel, ekonomik ve sosyal, kültürel ve sağlık konularını ayrı ayrı ama, bir bütünün parçaları olarak ele almaktadır.

Sürdürülebilir kalkınmayı işler hale getirmek için, Birleşmiş Milletler üye ülkelerinin 2000 yılında kabul ettiği Binyıl Kalkınma Hedeflerinde sekiz amaç ile başlayan, 2015 yılında Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA), diğer bir deyişle Küresel Amaçlar ile on yedi başlığı ve bu başlıkları hayata geçirmek üzere saptanan 169 hedefi ve gösterge ile devam eden sürecin temel amacı, 2030 yılına dek,

yoksulluğu tüm şekil ve boyutlarda ortadan kaldırmak, gezegenimizi korumak ve tüm insanların barış ve refah içinde yaşamasını sağlamaktır. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (Sustainable Development Goals-SDGs), somut ve ölçülebilir hedefler ve göstergeler üzerine ülkelerin gerçekleştirmeyi taahhüd ettiği ortak bir plan üzerine kurulmuştur (United Nations, 2016: 4). Dünya çapında başarılması planlanan on yedi amaç aşağıda belirtilmiştir:

Amaç 1: Yoksulluğun sona erdirilmesi

Amaç 2: Açlığın sona erdirilmesi, gıda güvenliği ve daha iyi beslenme güvencesinin sağlanması; sürdürülebilir tarımın desteklenmesi

Amaç 3: Her yaş grubu için sağlıklı yaşamın güvence altına alınması ve desteklenmesi

Amaç 4: Eşit ve nitelikli eğitimin güvence altına alınması ve herkes için yaşam boyu öğrenmenin desteklenmesi

Amaç 5: Toplumsal cinsiyet eşitliği sağlamak, kadınları toplumun her aşamasında güçlendirilmesi

Amaç 6: Herkes için güvenli içme suyu ve atık suyu hizmetlerine ulaşılması,

Amaç 7: Herkes için uygun fiyatlı, güvenilir, sürdürülebilir enerjiye erişiminin sağlanması,

Amaç 8: Sürdürülebilir ve kapsayıcı ekonomik büyümenin, tam ve verimli istihdamın ve insana yakışır işlerin teşvik edilmesi

Amaç 9: Dayanıklı altyapıların inşası, kapsayıcı ve sürdürülebilir sanayileşmenin desteklenmesi ve yenilikçiliğin güçlendirilmesi

Amaç 10: Ülkeler içinde ve arasında eşitsizliklerin azaltılması

Amaç 11: Şehirleri ve yerleşim yerlerini güvenli hale getirilmesi

Amaç 12: Sürdürülebilir tüketim ve üretimin teşvik edilmesi

Amaç 13: İklim değişikliği ve etkileri ile mücadele konusunda acilen eyleme geçilmesi

Amaç 14: Sürdürülebilir kalkınma için okyanuslar, denizler ve deniz kaynaklarının korunması ve sürdürülebilir kullanımı

Amaç 15: Karasal ekosistemlerin korunması, geliştirilmesi ve desteklenmesi, ormanların sürdürülebilir yönetimi, biyoçeşitlilik kaybının engellenmesi

Amaç 16: Barışçıl ve kapsayıcı toplumların desteklenmesi, herkes için adalete erişimin sağlanması

Amaç 17: Sürdürülebilir kalkınma için küresel ortaklığı yeniden canlandırılması

Kronik hastalıklar, verimlilik, yaşam kalitesi, ekonomik büyüme, eğitim, sosyal refah dâhil olmak üzere ulusal ve küresel kalkınmanın birçok yönünü olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuz etkiler, nesiller boyu sürdüğünden, kronik hastalıklar sürdürülebilir kalkınmanın önünde önemli bir engel oluşturmaktadır (United Nations, 2017a: 3-54).

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları incelendiğinde, kronik hastalıklara yol açan veya kronik hastalıkların neden olduğu sorunlara doğrudan veya dolaylı olarak, sekiz maddenin bağlantılı olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda, kronik hastalıklar ile etkileşim halinde olan sürdürülebilir kalkınma amaçları aşağıda açıklanmıştır:

Amaç 1- Yoksulluğun sona erdirilmesi: Yoksulluk ve kronik hastalıklar birçok yoldan birbirine bağlanmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerin kronik hastalıklara bağlı ölüm oranı, yüksek gelirli ülkelerin yaklaşık iki katı kadardır (WHO 2018a: 7). Neredeyse tüm ülkelerde, en fakir ve en savunmasız nüfuslar, en fazla risk altında olan ve sağlık hizmetine erişim olasılığı en düşük olan nüfuslardır. Örneğin; astımı olan çocuklarda, yoksulluk, astımı artırır ve astım, yoksulluğu derinleştirir. Okula gidemediği günler nedeniyle, çocuğun eğitimi sekteye uğrayabilir. Astımı olan yetişkinler, fiziksel kapasiteleri az olduğundan daha az çalışabilir. İlaç maliyetleri, sağlık harcamalarının bireysel bütçeden yapılması, kontrol edilemeyen sorunlar için sık acil servis başvuruları, hastaneye yatış ve uygunsuz tedaviler, kişileri yoksulluk sarmalına iter. En fakir insanların risklere daha fazla maruz kalması ve sağlık hizmetlerine erişiminin azalması nedeniyle bu hastalıklardan erken ölürler. Ülkelerin yoksullukları nedeniyle, koruyucu ve tedavi edici sağlık sistemleri için sağlık harcamalarının yetersiz kalmasıyla, bireyler sağlık hizmetlerine ya tamamen erişememekte ya da yeterli sağlık hizmeti alamamaktadır (WHO, 2007: 3).

Yoksullar, sağlık kontrollerine ve bakımına yeterli harcamayı yapamamanın yanı sıra, var olan ücretsiz sağlık hizmetlerine de eğitimsizlik ve bilinçsizlik nedeniyle erişememektedirler. Bu durum kronik hastalıkların oluşmasına veya tedavisinin zorlaşmasına zemin hazırlamaktadır. Yoksul insanlar hastalandığında ya da

yaralandığında, kapsayıcı sağlık sigortaları olmaması sebebiyle bütçelerinden gerçekleştirdikleri sağlık harcamaları artar buna ek olarak iş gücü kaybı sebebiyle de yoksullukları derinleşmektedir (OECD ve WHO, 2003:14).

Amaç 2- Açlığın sona erdirilmesi, gıda güvenliği ve daha iyi beslenme güvencesinin sağlanması; sürdürülebilir tarımın desteklenmesi: Beslenme, biyolojik bir ihtiyaçtır. İnsan onuruna yakışır şekilde beslenme, bir insan hakkıdır (FAO, 1996: Madde 13; Eide, 2002:1). Buna rağmen, her yıl beş yaş altı ölümlerin neredeyse yarısına tekabül eden (yüzde 45), 3,1 milyon çocuk, açlık ve yetersiz beslenme nedeniyle ölmektedir (Black ve diğerleri, 2013: 427). Vitamin, mineral, protein ve sağlıklı yağ içeren, sebze, meyve, baklagiller ve diğer besinler vücut sağlığına destek olurken, sağlıksız olarak nitelendirilen yiyecekler yüksek trans yağ, tuz ve şeker oranları nedeniyle obezite ve bunun sonucunda hipertansiyon, Tip 2 diyabet gibi hastalıklara, lif oranının yetersizliği bazı kanser türlerine (kolon vb.) sebep olarak, kronik hastalıkların gelişimine katkıda bulunurlar.

Ne yediğimiz kadar, yiyeceğe ulaşabilme, yiyeceklerin nasıl yetiştirildiği, saklandığı, hazırlandığı ve sunulduğu da oldukça önemlidir. 1996 Dünya Gıda Zirvesi'nin sonuç raporunda, "*Gıda güvenliğinin; tüm insanlar, diyet ihtiyaçlarını ve aktif ve sağlıklı bir yaşam için gıda tercihlerini karşılayan yeterli, güvenli ve besleyici gıdalara her zaman fiziksel ve ekonomik erişime sahip olduğunda var olduğu"* belirtilmiştir (FAO, 1996: madde 1). Açlık ve yetersiz beslenmenin yol açtığı sorunların yanı sıra, hijyen kurallarına uyulmadan hazırlanmış, içine fiziksel, kimyasal, biyolojik zararlı madde karışmış yiyecekler insan sağlığını tehdit ederek, kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlar. Gıdalara bulaşan pestisitlerin, çocukluk çağında bazı kanser türlerine yakalanmayı kolaylaştırdığı saptanmıştır (Zahm ve Ward, 1998: 893).

Ülkeler temiz, sağlıklı, sürdürülebilir gıda ile toplum sağlığını koruyup destekleyerek, sağlıklı nesiller ile gelişme ve kalkınmayı hızlandırabilirler.

Amaç 3- Her yaş grubu için sağlıklı yaşamın güvence altına alınması ve desteklenmesi: Ülkelerin sağlıklı yaşamı destekleme adına attıkları her adım, toplum sağlığını geliştirmenin yanı sıra, sağlık harcamalarını azaltacak, nitelikli insan kaynağı ile ülkelerin kalkınma ve refahına katkı sağlayacaktır. Araştırmalar iyi sağlığın kalkınma üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu ve genel hastalık oranları ve ölüm

oranlarını azaltmanın verimlilik ve ekonomik büyümeyi desteklemeye yardımcı olabileceğini göstermektedir (UNDP, 2017: 4).

Her yaş için sağlığın güvence altına alınması ve desteklenmesi amacıyla belirlenen dokuz hedef ve dört gösterge şunlardır (UNDP, 2017:10):

Hedefler:

3.1 2030 yılına gelindiğinde, küresel anne ölüm oranını 100.000 canlı doğumda 70'in altına düşürülmesi hedeflenmektedir: Anne ölümü, bir kadının hamilelik sürecinde veya hamileliğin bitmesinden sonraki 42 gün içinde, kaza veya diğer hastalıklar harici ölümlerini konu almaktadır (WHO, 2019c: 9). Ülkelerin kalkınma hedeflerinden biri olmasının sebebi ise, ölümlere sebep olan hastalık, kanama ve sağlığı tehdit eden durumların sağlığın sosyal belirleyicileri ile yakından ilişkili olmasıdır. Bunlar, yoksulluk ekseninde, eğitim ve bilgi eksikliği, sağlık tesislerine uzaklık ve yetersiz sağlık hizmeti, kültürün olumsuz etkileri olarak sayılabilir. Ülkelerin refahı arttıkça, eğitim ve sağlık hizmetine erişim kolaylaşır ve dolayısıyla anne ölümleri de azalır.

3.2 2030 yılına gelindiğinde yenidoğan ve 5 yaş altı çocukların önlenebilir ölümleri sona erdirmek. Ülkelerin yenidoğan ölümlerini 1.000 canlı doğumda en az 12'ye, 5 yaş altında ölümleri 1000'de en az 25'e düşürmeyi amaçlamaktadır. :

5 yaş altı ölüm sebeplerinin başında gelen zatürre ve ishal gibi enfeksiyon hastalıkları, olumsuz barınma, beslenme ve kirli su ve sanitasyon ile bağlantılı, tedavi edilebilen hastalıklardandır. Sürdürülebilir kalkınma yaklaşımının bütünleşik doğası göz önüne alındığında, yoksulluğun ve açlığın sonlandırılması, erişilebilir sağlık hizmeti, güvenli gıda ve suyun temininin önlenebilir ölümler ile bağlantısı kuvvetlidir.

Yenidoğan ölümleri, doğumdan sonraki ilk 28 günde gerçekleşen ölümlerdir ve yeterli sağlık hizmeti, anne eğitimleri, anne sütü ile beslenme ile ölüm oranları azaltılabilir.

3.3 AIDS, tüberküloz, sıtma ve tropikal hastalıkların salgınlarını bitirmek ve hepatit, diğer bulaşıcı hastalıklar ve su kaynaklı hastalıklar ile mücadele etme amaçlanmıştır: Bir kişiden diğerine bulaşan hastalıklar olarak tanımlanan bulaşıcı veya enfeksiyöz hastalıklar, kan veya vücut sıvıları yoluyla, hava yoluyla, yiyecekler ile veya böcek veya fare gibi hayvanlar ile oluşabilir. Küreselleşmenin bir sonucu

olarak bulaşıcı hastalıklar bir ülkeden diğerine çok hızlı bir şekilde yayılabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin verilmesi, bulaşıcı hastalık vakalarının raporlanması, hastalık önleme ve kontrol programlarının uygulanması, aşılama ve uygun tıbbi tedavinin sağlanması, salgının çıkış noktasının belirlenmesi ve izlenmesi açısından oldukça önemlidir (WHO, 2015b:1). Bulaşıcı hastalıklar nedeniyle anne ve bebek ölümleri artmakta, iş gücü kayıpları ve sağlık harcamalarının artması neticesinde, ülkelerin kalkınmasını olumsuz etkilemektedir.

3.4 Kronik hastalıkları önleme ve tedavi yoluyla erken ölüm oranını üçte bir azaltmayı planlama, zihinsel sağlığı ve iyiliği teşvik etme: DSÖ 2018 sağlık istatistiğine göre, ronik hastalıklar 70 yaş altı erken ölümlerin %85 inden sorumludur. (WHO, 2018a: 7) Erken ölümler veya uzun süre kronik hastalıklara bağlı engelli yaşamın sosyo-ekonomik sonuçları, sürdürülebilir kalkınma üzerinde bir yük oluşturmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı olarak verimlilik ve iş gücü kaybı, gelir düzeyinin azalması, bireyleri ve toplumu yoksulluğa itmekte, sürdürülebilir kalkınmayı yavaşlatmakta ya da engellemektedir.

3.5 Alkolün zararlı kullanımı ve uyuşturucu madde bağımlılığının önlenmesi ve tedaviye ulaşılabilirliğinin artırılması: Alkolün zararlı kullanımı, birçok kronik hastalık ile yakından ilişkilidir. Ruhsal bozukluklardan, kanserlere uzun süren tedavi süreçleri ve iş gücü kayıpları kalkınmayı olumsuz etkilemektedir.

3.6. Dünyadaki trafik kazalarından kaynaklanan yaralanmaların ve ölümlerin sayısının yarıya indirilmesi: Trafik kazaları sonucu yaşanan erken ölümler, yaralanmalar, engellilik ve yatağa bağımlılık iş gücü kaybı ve artan sağlık harcamaları anlamına gelmektedir. Bu sayıların yarıya indirilmesi, kaynakların kalkınma yönünde kullanılmasına yardım eder.

3.7 Cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimin sağlanması: Cinsel sağlık, doğum kontrolü, cinsiyet rolleri, beklentileri, kültür ile yakından ilgilidir. HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolü, istenmeyen gebelikten korunmak için cinsel sağlık hizmetlerine bireylerin ulaşımı önemlidir. Aksi halde bulaşıcı hastalıkların yayılımı artmakta, düşük yapmaya çalışan kadınların hayatı tehlikeye girmektedir.

3.8 Herkes için kapsayıcı sağlık sigortasına erişimin sağlanması kapsayıcı sağlık sigortasının varlığı: İnsanların bütçelerinden yapacakları sağlık harcamalarını düşünerek sağlık kontrolü ve tedavilerini ihmal etmeleri neticesinde, önlenebilir hastalıklar zamanında müdahale edilemediği için sonuçları geri dönülemez noktaya gelecektir. Bu nedenle kapsayıcı sağlık sigortasının önemi büyüktür.

3.9. Tehlikeli kimyasallardan kaynaklanan hava, su ve toprak kirliliği ve buna bağlı gelişen hastalık ve ölüm ve sayısını önemli ölçüde azaltılması: Hava kirliliği, akciğer kanserinin en önemli nedenlerinden biridir. Endüstriyel faaliyetler nedeniyle havanın, toprağın ve suyun kirlenmesi verim azalmasına, zehirlenmelere yol açarak bitki, hayvan ve insan sağlığına büyük ölçüde zarar verir.

Göstergeler:

3.A Uygun olan bütün ülkelerde, DSÖ'nün Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin uygulanmasının güçlendirilmesi.

3.B Öncelikle gelişmekte olan ülkeleri etkileyen bulaşıcı ve kronik hastalıklar için aşıların ve ilaçların araştırılması ve geliştirilmesine destek olmak, herkes için ilaçlara erişim sağlama hakkını sağlamak.

3.C Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kaliteli sağlık işgücünün arttırılması.

3.D Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin karşıacabilecekleri küresel sağlık risklerine yönelik erken uyarı, risk azaltma yöntemlerinin benimsenmesi ve kapasitelerinin güçlendirilmesi

Amaç 5- Cinsiyet eşitliği sağlamak, kadınları toplumun her aşamasında güçlendirilmesi: Kadınlar; birçok toplumda temizlik, yemek pişirme, çocuk bakımı, annelik gibi rolleri nedeniyle aile içinde denge unsuru olmasına rağmen, hak ettiği önemi görememektedir. Özellikle cinsiyet eşitsizliğinin fazla olduğu ülkelerde, ihmal, eğitimsizlik, beslenme yetersizliği, iş gücüne katılmaması, sağlık kontrollerinin gebelikte ve doğum sonrası yapılamaması sonucu, toplumda erkeklere oranla daha fazla zorluk yaşamaktadır. Bu zorluklar, sadece kadınları değil, gelecek nesillerin de sağlıklı yaşamasını doğrudan etkilemektedir. Örneğin; gebenin yetersiz beslenmesi, sağlık kontrollerine erişememesi, bebeğin erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı olmasına sebep olup, gelecekte kronik akciğer hastalığı, fiziksel ve zihinsel gelişme

geriliği, duyma ve görme problemleri, hipertansiyon, Tip 2 diyabet yatkınlığına ve kalp hastalıklarına, sonuç olarak erken ölümlere zemin hazırlamaktadır (Fall, 2009: 597).

Ev işi yükü, çocuk ve hasta bakımını üstlenmesiyle, kadınların iş gücüne katılamamasından dolayı, hane halkı geliri düşmesiyle yoksulluk artar; dolayısıyla kronik hastalıkların görülme sıklığını artırarak, kalkınmaya olumsuz etkileri olmaktadır.

Amaç 7- Herkes için uygun fiyatlı, güvenilir, sürdürülebilir enerjiye erişiminin sağlanması: Sürdürülebilir kalkınma için temiz ve güvenilir enerji gereksinimi, aynı zamanda kronik hastalıkların gelişimin önlenmesi açısından önemli bir kriterdir. Hava kirliliğinin, insan sağlığı üzerinde akut ve kronik etkileri vardır. Yemek pişirmek ve ısınma ihtiyacını karşılamak için biyo kütle yakıtların kullanılması sonucu ev içi hava kirliliği, ev ve fabrikalardan denetimsiz fosil yakıtların oluşturduğu dış ortam havası kirliliği, kronik solunum yolu ve kalp hastalıklarına, akciğer kanserlerine sebep olmakta veya var olan astım gibi kronik solunum yolu hastalıklarının seyrinin kötüleşmesine neden olmaktadır (Kampa ve Castanas, 2008:362).

Ayrıca güvenlik önlemlerinin yetersiz kaldığı nükleer santral kazaları, tarihte binlerce kişinin ölmesine ve gelecek nesillerin tiroid kanseri, lösemi, meme kanseri gibi kanser türlerinin yanı sıra, bağışıklık sistemi hastalıkları, mental bozukluklar gibi kronik hastalıklarla ve erken ölümlerle karşı karşıya kalmasına sebep olmuştur (WHO, 2006: 53- 106).

Amaç 8- Sürdürülebilir ve kapsayıcı ekonomik büyümenin, tam ve verimli istihdamın ve insana yakışır işlerin teşvik edilmesi: İnsana yakışır iş, kapsayıcı ve sürdürülebilir kalkınma için anahtar bir role sahiptir ve yoksulluğu önlemek ve azaltmak için bir fırsattır. Bu doğrultuda, iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alındığı iş yerlerinde, iş kazalarına bağlı kronik hastalıklar (örneğin inşaat işleriyle uğraşan işçinin yüksekten düşmeye bağlı yatağa bağımlı kalması) önlenecek, iş yerinde fiziksel, kimyasal ve biyolojik ajan maruziyetine bağlı solunum ve deri hastalıklarına ve mesleki kanserlere, kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına, mental ve davranışsal bozukluklara bağlı kronik hastalıklar azalacaktır. (ILO, 2010: 4-6).

Ayrıca, kendisi ve ailesi için sosyal güvenceye sahip olan işçi, sağlık bakım ve kontrollerine daha ulaşabilir olacak, hastalıklar kronik zemine ilerlemeden tespiti yapılıp, önlem alınabilecektir.

Cinsiyet ayrımının yapılmadığı işler ve adil ücret, yoksulluğu azaltacak, toplum sağlığına destek olacak ve kronik hastalıkların gelişimini önleyecektir.

Amaç 11- Şehirlerin ve yerleşim yerlerinin güvenli hale getirilmesi: 2018 yılı verilerine göre dünya nüfusunun %55'i kentsel alanlarda ikamet etmektedir. 2050 yılında kentleşmenin en hızlı olacağı düşük ve düşük-orta gelirli ülkelerde bu rakamın %68'e yükseleceği tahmin edilmektedir (United Nations, 2018: 1). Konut, ulaştırma, enerji ve su sistemleri ve atık yönetiminin yanı sıra istihdam, eğitim ve sağlık hizmetleri gibi temel hizmetler de dâhil olmak üzere büyüyen kentsel nüfuslarının ihtiyaçlarını karşılamak için bütünleşik, planlı bir yaklaşım gerekmektedir. Çevre sağlığı, güvenliği sağlanmış, planlı ve sürdürülebilir kentler, çevreye duyarlı yöntemler kullanacak, afetlerin yol açtığı krizleri yaşamayacak, eğitimli bir toplumda, altyapısı sağlam sağlık sistemleri sayesinde kronik hastalıklara yakalanma oranı da azalacaktır.

Amaç 12- Sürdürülebilir tüketim ve üretimin teşvik edilmesi: Birleşmiş Milletler verilerine göre, dünya üzerindeki nüfus yıllar geçtikçe artmakta, tahminlere göre 2050 yılında dünya nüfusu 9,8 milyar kişi olması beklenmektedir (United Nations, 2017b:18). Ancak kaynaklar ve tüketim alışkanlıkları şu anki hızla devam ederse ve planlama yapılmazsa, iklim değişikliğinin de etkisiyle, insanların gıda, su gibi temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanacağı, hatta bu kaynaklara erişemeyeceği öngörülmektedir (Searchinger, 2014:2). İsrafın önlenmesi ve tüketim alışkanlıklarının değiştirilmesi, yeni üretim alanlarının açılması ve var olanların kapasitesini geliştirme; sürdürülebilir tüketim ve üretimi dengelemenin yanı sıra, çevrenin ve kentlerin sürdürülebilirliği, gıdaya ulaşma, dengeli beslenme, yoksulluğun önlenmesi gibi birçok değişkeni içine alarak, kronik hastalıkların gelişmesini önlemeye yardımcı olacaktır.

Amaç 17- Sürdürülebilir kalkınma için küresel ortaklığı yeniden canlandırılması: Küreselleşme sürecinin getirdiği sınır ötesi ticaret, teknoloji, göç, iletişim ve hızlı bilgi akışının bir sonucu olarak, kronik hastalıklara yön veren sigara, alkol ve uyuşturucu madde pazarlaması ve dağıtımının kolaylaşması kronik

hastalıkların gelişmesine neden ola en büyü k risk faktörünün yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Ayrıca nüfusun artmasıyla gıda ihtiyacına cevaben, üretimde ve dağıtımda gelişen teknolojilerin de etkisiyle sağlıksız gıdaların sunumu ve tüketimi, ayrıca hava kirliliğine yol açan faaliyetlerin ülkeler dışına taşan zararları, halk sağlığını etkilemekte, kronik hastalıklara yol açmaktadır (Kaul, ve diğerleri 1999: 286-287).

Kronik hastalıkları araştırmak, tedavi etmek, yönetmek ve sebep oldukları engellilik ve ölümleri önlemek, özellikle risk altında bulunan düşük ve orta gelirli ülkeler için bütçe yetersizliği, zayıf sağlık politikaları nedeniyle daha güçtür ve bu durum, küresel kamusal mal olan yoksulluğa neden olmakta, kalkınmayı olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda, WHO, OECD, Dünya Bankası gibi uluslar üstü kurumların önderliğinde, bilimsel bilgilerin ışığında kronik hastalıklar ile mücadelede, ülkelerin birlikte hareket ederek, öncelikle önleme, sonra tedavi ve rehabilitasyon aşamalarında kazandıkları bilgi ve deneyimleri paylaşmaları, ortak iyiye daha çabuk ulaşma yolunda başarılı olmanın anahtarıdır (Yach ve diğerleri, 2004: 2619).

1.3. KRONİK HASTALIKLARIN SÜRVEYANSI (GÖZETİMİ)

Sürveyans, bir toplumu etkileyen hastalığın, risk faktörlerini, etkilediği ve risk altındaki nüfusu, özellikleri, hastalığın seyri gibi sağlık verilerini sürekli ve sistematik biçimde toplanmasıyla, halk sağlığı çalışmalarının bu doğrultuda planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için yapılan bütüncül çalışmalardır (Declich ve Carter, 1994:287).

Hastalıklara bağlı ölüm verileri, bir topluluğu etkileyen hastalıkların ciddiyeti hakkında yeterli bilgiyi vermeyebilir. Toplum sağlığını daha iyi yansıtan ölçütlerden olan hastalık yükü değerleri, ölüm verilerine ek olarak, risk faktörlerine ait değerler, engellilik oranları, kapsamlı ve kanıta dayalı veriler sayesinde topluluklar ve ülkeler arasında karşılaştırma yaparak daha anlamlı sağlık profili çıkarılabilir, ekonomik analizlerde faydalıdırlar. İlerleyen yıllara yönelik tahmin ve varsayımlarda bulunulabilir. Hastalık yükünün iyi bilinmesi, bu hastalıklarla mücadele etmek için kıt kaynakların nereye yönlendirileceğine dair müdahalelerin hangisinin en verimli ve adil olduğunu belirlemek açısından önemlidir (Mulligan ve diğerleri 2006: 2).

Hastalık yükü hesaplanmasında kullanılan bazı ölçütler şunlardır (Gold ve diğerleri, 2002:116):

Sağlıklı Yaşam Beklentisi (Healthy Life Expectancy; HALE): Belirli bir yaşta bir insanın, ölüm oranını ve sakatlığı göz önünde bulundurarak, sağlıklı yaşam sürmesini beklenen yıllardır.

Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years; DALY): Hayatın kısa veya uzun süreli herhangi sağlık kaybı ve erken ölüm nedeniyle kaybedilen yıllarının toplamıdır.

Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları (Quality Adjusted Life Years; QALY): Sağlığın yaşam yılları ve yaşam kalitesinin bir bileşimi olduğunu varsayarak yaşam kalitesini artırmaya yönelik yapılan tıbbi müdahalelerin maliyet etkinliğini değerlendirilmesinde kullanılır.

Kronik hastalıklara ilişkin sürveyans çalışmaları, kronik hastalıkların yükü ve risk faktörlerinin değişkenlik gösterdiği ülkelerde sistematik şekilde, standart ölçüm yöntemleri (anket, fiziksel ve biyokimyasal ölçüm) ile veri toplayarak, hem ülke içinde, hem de ülkeler arasındaki farklılıkları anlamaya, yıllar içinde oluşan değişiklikleri karşılaştırma yapmaya, kronik hastalıkların risk faktörleri yaygınlığını azaltmaya yönelik hedefler belirleyip, bu konuda strateji geliştirmeye, böylece uygulamaların işe yararlığını denetlemeye olanak sağlar (Gold ve diğerleri, 2002: 115).

Kronik hastalıkların sürveyans çalışmalarında DSÖ'nün 2002 yılında çalışmalarına başladığı, hâlihazırda kullanımı bulunan STEPwise risk faktörleri çalışması ve STEPwise inme sürveyansı olmak üzere iki çalışma bulunmaktadır (WHO, 2017b: 1-1-4). Yerel kronik hastalık yükü (ölüm oranları, hastalık oranları ve risk faktörlerinin yaygınlığı), sağlık sistemi yapısı ve fonksiyonu hakkında temel bilgiler, afet ve acil durum hazırlığının önemli bir bileşenidir. Bu bilgiler ışığında yapılacak plan ve hazırlıklar ile daha somut çıktılar elde edilebilmektedir.

1.4. KRONİK HASTALIKLARI ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ

Tüm ülkeleri etkileyen kronik hastalık salgınını durdurmanın ve maliyetini azaltmanın en etkin yolu, oluşmasına engel olmaktır. Bu fikirden hareketle, 2013

yılında; DSÖ'nün karar verici birimi olan Dünya Sağlık Asamblesi, 2025 yılına kadar kronik hastalıkları önlemek ve kontrol altına almak için kararlaştırdıkları dokuz gönüllü hedef doğrultusunda;

Dört ana kronik hastalık nedeniyle gerçekleşen erken ölümleri %25 azaltmayı,

Zararlı düzeyde alkol kullanımını %10 oranında azaltmayı,

Yetersiz fiziksel aktivite oranını %10 azaltmayı,

Nüfusun sodyum/tuz tüketimini %30 oranında azaltmayı,

15 yaş üstünde tütün kullanımı yaygınlığının %30 azaltmayı,

Yüksek kan basıncı oranını ulusal düzeyde %25 azaltmayı,

Obezite ve diyabet artışını durdurmayı,

Kalp krizi ve felçleri önlemek için danışmanlık ve ilaca ulaşabilmeyi %50 artırmayı,

Önde gelen kronik hastalıklara yönelik ilaç ve teknolojilerin ulaşılabilirliğini %80 e çıkarma konularında uzlaşmışlardır (WHO, 2017a: 8).

Ayrıca, 2016 yılında Birleşmiş Milletler üye ülkelerinin kabul ettiği 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde de, kronik hastalıklara bağlı erken ölümleri üçte bir azaltmak amaçlanmıştır (United Nation, 2017a: 3).

Amaçlanan hedefler doğrultusunda, DSÖ ve TC. Sağlık Bakanlığı'nın girişimleriyle Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025' de kronik hastalıkların risk faktörlerini önleme ya da azaltmaya yönelik, temel davranışsal ve metabolik risk faktörlerini saptamayı, sağlık sistemini ve uluslararası iş birliğini güçlendirmek hedeflenmiştir (DSÖ ve TC. Sağlık Bakanlığı, 2017: 2-3).

DSÖ, 160'den fazla ülkenin taraf olduğu Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) ile tütün satış ve pazarını denetlemek ve tütün kullanımının yaygınlığını azaltmak hedeflenmiştir. Bu hedefleri ugulayabilmek için, "MPOWER politika paketi"ni uygulamaya sokmuştur. Bu uygulama;

P: İnsanları Pasif İçiciliğin Zararlarından Koru

O : Tütün Kullanımını Bırakmaları İçin Yardım Teklif Et

W : Tütünün Zararları Hakkında Uyar

E : Tütün Reklam, Promosyon ve Sponsorluklarını Yasakla

R : Tütün Ürünlerinden Alınan Vergileri Artır başlıklarından oluşmaktadır.

Ülkemizde 2008 – 2012 Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı ve Mpower uygulamaları ile pasif sigara dumanına maruziyeti azaltma (sağlık, eğitim ve toplu taşıma araçlarında tütün ürünlerini yasaklama), sigara bırakma poliklinikleri ve danışma hatları, tütünün zararları hakkında uyarma ve bilinçlendirme, tütün reklam, promosyon ve sponsorluklarını kaldırma, tütün ürünlerinden alınan vergileri artırma yoluna gidilmiştir (TC. Sağlık Bakanlığı ve DSÖ, 2008:12). Ayrıca obezitenin önlenmesi ve sağlıklı beslenme için, çocuklara yönelik besinlerde trans yağların kısıtlanmasına yönelik yaptırımlar, tuz kullanımını azaltmaya yönelik bilinçlendirme kampanyaları ve eğitimler, anne sütünün teşviki, fiziksel hareketin özendirilmesine yönelik kampanyaları, kanserin erken teşhisi için smear testleri, mammografi taramaları vb. girişimler gösterilebilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017: 44).

Politika yapıcılar, yoksulluk ile başlayan, yine yoksulluğa dönüşen kronik hastalık döngüsünü yıkmak için uzun vadeli, sürdürülebilir çalışmalar planlamalıdırlar. Kronik hastalıkların etkin yönetiminde, sadece soruna yönelik değil, sorunun kaynağını da iyileştirmeyi amaçlayan, farklı disiplin perspektifleriyle iş birliğini içeren, buna ek olarak uygun bilgi teknolojisinin desteğini alan karmaşık sistemlerin oluşturulması gerekmektedir (Suhrcke ve diğerleri, 2008: 43).

İKİNCİ BÖLÜM
AFET KAVRAMI VE ZARAR GÖREBİLİRLİK FAKTÖRÜ OLARAK KRONİK HASTALIKLAR

2.1. AFET TANIMI

Literatürde pek çok tanımı olan Afet kavramı; AFAD Açıklamalı afet terimleri sözlüğünde "Toplumun tamamı veya bir bölümü için fiziksel, sosyal ve ekonomik olumsuz etkileri nedeniyle hayatın akışını ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesini aşan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylardır" olarak tanımlanmıştır (AFAD 2014: 23).

Kadıoğlu (2011) ise afeti yönetim şekline de değinerek; "İnsanlar için fiziksel, ekonomik, sosyal, kültürel, doğal ve çevresel kayıplar doğuran, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları etkileyen, etkilenen topluluğun yerel imkân ve kaynaklarını kullanarak baş edemeyeceği, kriz yönetimi gerektiren doğa veya insan kökenli olay ve/veya olayların sonuçları olarak tanımlanmıştır (Kadıoğlu, 2011: 37).

Birleşmiş Milletler Afet Riskini Azaltma Ofisi (UNISDR)'ne göre afetler; bileşenleri ile birlikte değerlendirilmiş, "tehlikeli olayların, maruz kalma koşulları, güvenlik açığı ve kapasite ile etkileşime girmesiyle bir topluluğun veya bir toplumun işleyişinin ciddi şekilde bozulmasına neden olan, insan, eşya, ekonomik, çevresel zararlar ve etkilerden bir veya daha fazlasına yol açan olaylar" olarak tanımlanmştır. (UNGA, 2016: 13)

Uluslararası Afet Veri tabanı EM-DAT sınıflandırmasına göre bir olayın afet olarak nitelendirilebilmesi ve afet veri tabanına kaydedilmesi için;

Gerçekleşen olayda en az 10 veya daha fazla kişinin ölmüş olması (olay sonrası kayıplar da ölü olarak değerlendirilir.),

Gerçekleşen olayda 100 veya daha fazla kişinin olaydan etkilenmiş olması,

Olayın gerçekleştiği ülkenin yönetiminin olayla ilgili acil durum beyanı ve / veya uluslararası yardım için başvurusunun olması gerekmektedir (www.emdat.be).

İnsanı merkeze alarak fiziksel, ekonomik kayıplar ve sosyal kayıplar ile sınırlandırılan afet kavramı, Karaman (2017) tanımı ile, çevrenin canlı yaşamıyla bir

bütün olduğu, tehlikeli olayların çevresel sorunlara neden olması ve bunun sonucu oluşabilecek afet riski göz önünde bulundurularak, tehlikeli olayların neden olduğu çevresel etkiler de afet kapsamına alınmış, böylece idarenin çevre konusundaki sorumlukluklarının altı çizilmiştir. Karaman tarafından afet "Toplumun tamamı veya bir kısmında gerek insan varlığı gerekse flora (bitki varlığı) ve faunayı (hayvan varlığı) olumsuz etkileyerek fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatın işleyişini, insan faaliyetlerini durduran ya da kesintiye uğratan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylar" olarak tanımlanmıştır (Karaman, 2017b: 2).

Tüm bu tanımlardan çıkarılacak sonuçlara göre, bir olayın afet olarak nitelendirilebilmesi için, can ve mal, kritik altyapı, çevre, ekonomi, kültürel varlıklar, günlük hayat akışına ve iş sürekliliğine olumsuz etkileri olması gerekir.

2.1.1. Afetlere Neden Olan Temel Etmenler

Afetler, günümüzde nedenleri iç içe geçmiş olsa da, genel olarak sebep olduğu tetikleyici unsura göre, iki ana başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bunlar, doğal kaynaklı afetler ve insan/teknolojik kaynaklı afetlerdir (EMDAT, 2018).

Doğal afetler; oluşumunda jeofizik (deprem, kütle hareketleri, volkanik patlamalar) hidrolojik (sel, toprak kayması, dalga hareketleri), meteorolojik (aşırı sıcak ve soğuk hava, fırtına, sis vb.), iklimsel (kuraklık, buzulların erimesi vb.) biyolojik (salgın hastalıklar, böcek istilaları vb.) dünya dışı (meteorit, asteroidlerin vb. çarpması ve buna bağlı oluşacak etkileri) kaynaklı tehlikelerin neden olduğu afetlerdir (Guha-Sapir ve diğerleri 2016: 14).

Sel ve fırtınalar, hortum, orman yangınları, sıcak hava dalgaları, hava kirliliği, kimyasal ve nükleer patlamalar, asit yağışları, çığlar, deniz ve göl su seviye yükselmeleri, yıldırım, kuraklık, dolu ve don olayı gibi afetler meteorolojik afetler olarak adlandırılır. Meteorolojik afetleri diğer doğal afetlerden ayıran en önemli özellik, afet öncesinden tahmin edilebilmesi ve yapılan uyarılarla olası zararların asgariye indirilebilmesidir. Karaman tarafından belirtildiği gibi, gelişmiş ülkelerin planlarında afet yönetimine dâhil olan, Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED)'ne uygun olarak yapıların ve sanayi tesislerinin yerleşimi, çevresel risk yönetimi ile riskleri yok etme ve azaltmaya yönelik girişimler, meteorolojik tahminler, izleme ve

erken uyarılar doğal tehlikelerin afete dönüşmesini engelleyerek, can ve mal kaybında büyük oranda düşüşlere neden olacaktır (Karaman, 2017a: 222).

Teknolojik/ insan kaynaklı afetler; oluşumunda insan/teknoloji faktörünün etkili olduğu afet tipleridir. Teknolojik afetlerin kaynağı da insan eylemlerinin veya eylemsizliğinin bir sonucu olduğu için çalışmada teknoloji/insan faktörü birlikte ele alınmıştır. Bu afetlere çevre ve hava kirliliğine bağlı yaşanan afetler, küresel iklim değişikliği sonucu oluşan ormansızlaşma, ısınma, kuraklık, asit yağmurları, nükleer kazalar, biyoterörizm, terörist eylemler, göç hareketleri, endüstriyel kazalar, taşıma kazaları vb. örnek verilebilir (Guha-Sapir, 2008: 2). Depremlerin, salgınların ve kıtlığın ölümcül sonuçlarına rağmen, dünya nüfusunun çok daha büyük bir kısmı, şiddetli çatışmalar, hastalıklar ve açlık gibi çoğu zaman göz ardı edilen olaylar nedeniyle hayatını kaybeder (Wisner ve diğerleri, 2004:3).

Afetleri türleri bakımından tek kategoriye sokmak ve bu doğrultuda yönetmeye çalışmak her zaman geçerli sonuçlar üretmeyebilir; çünkü bir afetin etkileri başka bir afete neden olabilmektedir. Örneğin; depremler doğal kaynaklı bir afet sebebi olmakla birlikte, sonrasında görülen tsunami, yangın, salgın hastalıklar, patlamalar, göç gibi sonuçlara neden olabilmektedir. Bu nedenle afet yönetiminde, tek bir afet türüne yönelik değil, genel olarak toplumu afetlere karşı güçlendirmeyi ve dayanıklı hale getirmeyi, riskten kaçmayı, risk kaçınılmaz ise, risk transferi ve zarar azaltma yöntemleri kullanılarak zararı minimize etmek amaçlanmalıdır (Kadıoğlu, 2011: 25).

2.1.2. Afetlerin Sınıflandırılması

Afetler, yaklaşım tarzının değişmesi nedeniyle nitelik bakımından farklı gruplara ayrılabilir. Afet riskini azaltmak için afetlere dirençli toplumlar hedefleyen ve bu doğrultuda risk yönetişimini güçlendirmeyi amaçlayan 2015-2030 Sendai Afet Risk Azaltma Çerçeve Eylem Planı sınıflandırmasına göre afetler, büyüklüklerine göre; küçük ölçekli ve büyük ölçekli afetler, meydana gelme sıklığına göre; sık veya seyrek yaşanan afetler, zamansal gelişimine göre ise yavaş başlangıçlı ve ani başlangıçlı afetler olarak sınıflandırılmıştır (United Nations, 2015: 11).

Küçük ölçekli afetler: Etkilenen alanın ötesinde yardım gerektirmeyen, etkisi sınırlı kalan afetlerdir. Toplum, kendi başa çıkma mekanizmaları ile afetin zararlarının üstesinden gelebilir.

Büyük ölçekli afetler: Geniş coğrafi bölgeleri etkileyen, insanlar ve altyapı üzerinde büyük etkisi olan, potansiyel sınır ötesi etkileri olan (kimyasal ve nükleer sızıntı vb.), oluşturduğu büyük yıkım ve zarar nedeniyle ulusal veya uluslararası yardım gerektiren afetlerdir. Bu değerlendirmede kriter olan ölçek, ülkelerin afete olan dayanıklılığı ile ters orantılıdır. Afete mukavemeti az toplumlarda küçük şiddetteki tehlikeler, büyük yıkıcılığa sahip olurken, örneğin Japonya gibi afet mukavemeti yüksek olan ülkelerde yüksek şiddetteki tehlikeler, daha küçük kayıplara neden olabilmektedir.

Sık veya Seyrek Yaşanan Afetler: Afetlerin ve oluşturduğu tehlikenin etkilerinin meydana gelme sıklığına ve zamansal ölçümüne işaret eder. Sık görülen afetlerin etkisi bir topluluk ya da toplum için kronik olabilir ve meydana gelebilecek zararlar öngörülebilir. Bu durum, gelecek olan afete karşı hazırlığı kolaylaştırır. Örneğin, Amerika'da her yıl yaşanan kasırgalar, kasırga mevsimi gelmeden insanları ve yönetimi afete hazırlığa itmektedir. Aksi şekilde seyrek yaşanan afetlerde, yeni bir afetin ne zaman geleceği öngörülemediğinden, bireyler ve yönetim afete hazırlık konusunda motivasyonlarını kaybedip istenilen yeterliliğe çoğu zaman ulaşamazlar.

Yavaş Başlangıçlı Afetler: Zaman içinde etkileri yavaş yavaş ortaya çıkan afetler olarak tanımlanır. Örneğin, kuraklık, çölleşme, deniz seviyesinin yükselmesi olarak sayılabilir. Yavaş gelişimli bir afetin aşamalarını bilmek ve belirtiler başlar başlamaz müdahale edilmesi, toplumun afetlere karşı güçlendirilmesi, tehlikenin afete dönüşmemesi açısından büyük rol oynar.

Ani Başlayan Afetler: Hızlı veya beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan tehlikeli bir olay tarafından tetiklenir. İnsanları en savunmasız anlarında yakalayan deprem, kimyasal patlama, kritik altyapı arızası, nakil kazası gibi afetler, toplum hayatında şok etkisi yaratarak rutin işleyişi kesintiye uğratır.

2.1.3. Afetlerin Etkileri

Afetlerin sebep oldukları büyük yıkımlar görünür can kayıpları ya da bina yıkımlarının çok ötesinde, toplumların ekonomik ve sosyo-politik yapılarını da ciddi biçimde etkilemekte, kalkınma kazanımlarını tehlikeye atabilmektedir. Ergünay afetlerin etkilerini doğrudan etkiler, dolaylı etkiler ve ikincil etkiler olarak ele almıştır (Ergünay, 2009: 5). Şen'e göre; afetin ortaya çıkmasıyla oluşan zarar ve kayıpların tümü doğrudan etkiler olup, ortaya çıkan zarar ölçülebilmektedir. Doğrudan etkilerin oluşturduğu, zamanla ortaya çıkan ve sayısal verilerle ölçülemeyen etkilere ise dolaylı etkiler denilmektedir. Dolaylı etkilerin sebep olduğu durumlar ise ikincil etkilerdir. Afetin sonuçları için belirleyici olanın doğrudan etkiler olduğu, bu sürecin doğru yönetilmesi halinde dolaylı ve ikincil etkilerin daha az olacağı belirtilmiştir (Şen, 2017: 26).

Bu çalışmada afetlerin etkileri; konut, altyapı, kültür, tarım, sağlık ve kurtarma sistemine yönelik fiziksel hasarlar, can kayıpları, yaralanma, diğer sağlık etkileri, ekonomik riskler ya da fırsatlar, buna bağlı politik sonuçlar ve afetlerin psiko-sosyal etkileri olarak sınıflandırılmıştır.

Konut, altyapı, kültür, tarım, sağlık ve kurtarma sistemine yönelik fiziksel hasarlar: Afetlerin en belirgin göstergesi fiziki hasarlar ve kayıplardır. Afetler, oluşturdukları yüksek şiddetteki yıkım nedeniyle afete dayanıksız olan konutlara, işyerleri ve iş makinelerine, orman arazileri, tarımsal alanları ve ürünlerinin kaybına, elektrik, su ve kanalizasyon bağlantılarına fiziksel hasar vererek yıkıma uğratmaktadır.

Can kayıpları, yaralanma, diğer sağlık etkileri: Afetin yıkıcı etkisine bağlı olarak, ilk günlerde yaralanmalar, yanıklar ve boğulmalara bağlı olarak, ilerleyen günlerde, afetin yol açtığı bulaşıcı hastalık ve yaralanma komplikasyonları, kronik hastalıkların alevlenmesi sonuçlarına bağlı olarak da can kayıpları yaşanmaktadır.

Ekonomik riskler ya da fırsatlar, buna bağlı politik sonuçlar: Afet nedeniyle yaşanan ekonomik etkiler ülkelerin gelişmişlik seviyeleri ile ilişkilidir. Afetlerden en çok fakir ülkeler ve bu ülkelerde yaşayan insanlar zarar görmekte ve kayıplar vermektedir. Bu ülkeler; karşılaştıkları afette kalkınmaları için yaptıkları mali harcamaları, insan ve materyal kaynaklarını ve altyapı harcamalarının bir kısmını kaybedebilmekte, kaynaklarını yaşadıkları afet sonrasında sağlık, kurtarma hizmetleri

ve yeniden yapılanma için kullanmak zorunda kalmaktadırlar (Özer, 2017: 197). Ülke ne kadar yoksulsa, kayıplar o kadar fazladır. Yani kişi başına düşen ulusal gelirle afetlerdeki can ve mal kaybı arasında ters bir orantı bulunmaktadır. Başarılı bir afet yönetim sistemi oluşturamamış ülkelerde afet nedeniyle yaşanan can kayıpları; iş gücü kaybına, yaralanmalara, sağlık harcamalarının artmasına neden olurken, fiziksel hasarın maddi boyutu da özellikle yoksul ülkelerin kalkınma kazanımlarına zarar vermektedir. Buna ek olarak kamu harcamalarının artması, afet bölgesinin vergi gelirlerinin azalması, ödemeler dengesinin bozulması, ülkeye ekonomik yük oluşturmakta, Gayri Safi Yurtiçi Hasılası (GSYH)'ından kişi başına düşen gelirin azalmasına neden olmaktadır (Akar, 2013: 202). Afet sonrası kayıpların uzun dönemde azaltılmasının en etkin yolu sosyal ve ekonomik kalkınma olarak görülmektedir. Her ne kadar afetler; ekonomik açıdan zarar verici olarak değerlendirilse de, aslında ekonomiye yapıcı etkilerinin bulunduğu da gerçektir. Ülke yönetiminin, alınan dış ülke yardımları ve yeniden yapılandırma faaliyetleri için planladığı kaynak aktarımını afeti önleyici ve afet riskini azaltmaya yönelik yapmasıyla bu zararları fırsat çevirmek mümkün olabilmektedir (Altay, 2017:160).

Bir ülkenin siyasi sisteminin, afetlerde zarar görebilirliğe aracılık ettiği gibi, afetlerin de siyasi istikrar ve politik meşruiyet üzerinde de önemli etkileri olabilir. Başarılı bir afet yönetimi politikası yürütülememiş ülkelerde, yolsuzluk, yozlaşma, ekonomik kötü gidiş, işsizlik, yoksulluk sonrası kaos ve anarşi gibi kitlesel olayların artmasıyla, karar verme sürecindeki seçmen, ülkenin politik düzeninin değişmesinde etkili olabilmektedir (Abney ve Hill, 1996: 980).

Afetlerin psiko-sosyal etkileri: Afet sonrası yaşanan sosyal sorunların gelişimi uzun zaman alıp, etkisi uzun süre devam etmekte olup, zararı tam olarak ölçülemediğinden, literatürde, sosyal sorunlar için ‘’soyut sorunlar’’ kavramı kullanılmıştır (Ekşi ve Özer, 2017: 2306). Afet, kişinin hayatı boyunca katlanabileceği en travmatik olaylardan biridir ve bu olay, kısa ve uzun dönemde kişinin ruh sağlığını ve işlevselliğini önemli ölçüde etkilemektedir. Afet sonrası etkiler, bireyin kültürü, eğitimi, olaya maruz kalma özellikleri, daha önce afet deneyimi yaşaması, sosyo-demografik ve arka plan faktörleri, duygusal durumlar, sosyal destek faktörleri ve kişilik özellikleri, olayın sonucu, zaman dilimine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Bazı afet tiplerinde (salgın, KBRN saldırıları gibi) toplumdan izole edilmeye bağlı

yaşanan psikolojik etkilerin yanı sıra, deprem sel gibi yıkıcı afetler sebebiyle yaşadığı yerden tahliye edilmiş, taşınmış, fertlerini kaybetmiş parçalanmış aileler, yetimler, yer değiştirmeye bağlı eğitimin aksamasına bağlı etkiler görülebilir. Bu süreçte toplumsal düzenin bozulmasıyla istismar, dolandırılma, kaçırılma gibi suçların artması, afete neden olay veya toplumlara yönelik kin ve nefret duyguları gibi olumsuz durumlarda artma gözlenmektedir (Neria ve diğerleri, 2008:476).

Psikolojik araştırmalar, felaketlerin mağdurlar için ciddi zihinsel sağlık sonuçlarına neden olabileceğini göstermiştir. Bu sorunları sadece afeti birebir yaşayan ve zarar görenler değil, yardım ekipleri, afetzedelerin yakın çevreleri ve olaylara medya kanalıyla tanık olanlar da yaşayabilmektedir. Afetlerden etkilenenler; afeti direk yaşayanlar "birincil mağdurlar", birincil mağdurların yakınları "ikincil mağdurlar", afet bölgesinde yardım çalışmalarında görev alan resmi ve sivil toplum kuruluşları çalışanları ve gönüllü yardımseverler ise "üçüncül mağdurlar" olarak adlandırılmaktadır. Medyadan olayı izleyerek etkilenen insanlar ise "dördüncül mağdurlar" dır (Akyılmaz ve Karka, 2011: 5). Afetler aylar, hatta yıllar boyunca bireylerin, ailelerin ve toplumların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemeye devam eder. İnsanlarda ciddi stres yaratan bu koşulların etkisi genellikle fizyolojik, davranışsal, bilişsel ve duygusal belirtilerle ortaya çıkar. Afet sonrasında insanlarda özellikle birincil mağdurlarda yaygın olarak meydana gelen tepkilerin aşağıda görüldüğü gibi olabilmesi mümkündür (Işıkhan, 2002: 10):

Fizyolojik Belirtiler: Uyku bozuklukları, ishal, göğüs ağrısı, nefes almakta zorluk çekme, baş ağrısı, görme bozukluğu, kalp çarpıntısı, güçsüzlük, halsizlik, vb.,

Davranışsal Belirtiler: Her an tetikte olma, iletişim ve etkileşim bozuklukları, içe kapanıklık, iştahsızlık ya da çok yemek yeme, alkol ve madde kötüye kullanımı, çevresel duyarlılığın artması ve anti-sosyal davranışlar vb.

Bilişsel Belirtiler: Düşünce bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, geriye dönüşler, kötü rüyalar, karamsar düşünceler, başkalarını suçlama, dikkat azalması, zaman, yer, kişi oryantasyonunu kaybetme, karmaşa, vb.

Duygusal Belirtiler: Korku, endişe, suçluluk, yas, yadsıma, duygusal kontrolü kaybetme, gerginlik, depresyon, belirsizlik, kızgınlık ve benzeridir. Bu belirtiler travma yaratan olaylardan hemen sonra görülebileceği gibi birkaç saat, gün, hafta ya da ay sonra ortaya çıkabilir. Arama kurtarma çalışmalarında görev alan üçüncül

mağdurlar da söz konusu tepkilerden bir veya birkaçını yaşayabilir. Personel kısa bir süre sonra bunlardan kurtulup daha da güçlenebilir. Ancak bu durum kişiden kişiye değişmektedir. Bazılarında, travma sonrası stres bozukluğu, kaygı bozuklukları ve depresyon belirtileri de ortaya çıkabilir (Işıkhan, 2002: 10; OECD, 1994:42; UNGA, 2016:13).

Afet sonrası ortaya çıkan birçok olumsuz sonuca rağmen, normal zamanda görülmeyen toplumsal yardımlaşma ve paylaşma, bağış gibi sosyal dayanışma fırsatlarının artması, sosyal ağbağların genişlemesi yaşanan olumlu örnekler olarak sayılabilir (Ekşi, 2017:152). Kişiler ağbağlar sayesinde, diğer afetzedeler ile ortak davranış geliştirebilir, hatta kapasitesini afet sonrası kurtarma ve yeniden yapılanma aşamalarında kullanarak hem çevresine hem de kendine afet sonrası yaraları sarma adına olumlu katkıda bulunabilmektedir (Ekşi, 2020:46). Bu sayede, afet sonrası dönemde toplum kendi kendine yetebilir hale gelirken, bireylerin ve toplumun afetin zararlarını atlatması kolaylaşmış olacaktır.

2.1.4. Afetin Bileşenleri

Bir olayın afete dönüşmesi; tehlike ve maruziyet, afet riski, zarar görebilirlik faktörlerinin birinin varlığı ile kapasite ve yönetebilirlik faktörlerinin eksikliği ile ilintilidir. Bu bileşenler aşağıda detaylı olarak açıklanacaktır.

2.1.4.1 Afet Riski

Herhangi bir ölçekte ve zaman diliminde gerçekleşme ihtimali olan tehlikeli olayların oluşması halinde sistemde, çevrede veya toplumda meydana gelebilecek etki şiddetinin ifade eden kavramıdır. Afet riskinin büyüklüğü, afetin gerçekleşme olasılığı, afetten etkilenecek nüfus, tehlikenin şiddeti, maruz kalma, zarar görebilirlik, yönetilebilirlik ve kapasite ile orantılı olarak değişir.

Hyogo Çerçeve Eylem Planı 2005-2015 ile başlayan, Sendai Risk Azaltma Çerçevesi 2015-2030 ile devam eden afet risk azaltma hedeflerine göre, bir toplumda, afet riski tanımlaması yapılmadan, afet riskini azaltma ve toplumsal dirençlilik faaliyetlerinin başarıya ulaşma şansı yoktur. Bu bağlamda değişen koşullara uygun

olarak yapılan afet riski azaltma çalışmaları, sürdürülebilir kalkınmayı da olumlu olarak etkileyecektir.

Kabul edilebilir risk; var olan sosyal, ekonomik, teknik, politik, kültürel ve çevresel koşullara bağlı olarak olası afetin kabul edilen riskini ifade eder. Bazen de tüm afet risk azaltma çalışmalarına rağmen, afet riski tam olarak ortadan kaldırılamayabilir. Bu risklere de **kalıntı risk** denir (UNISDR, 2015: 14; UN/ISDR 2007:4).

2.1.4.2. Tehlike ve Maruziyet

Tehlike, doğal veya teknolojik/insan kaynaklı bir olayın can kaybına, yaralanmalara, maddi hasara, sosyo-ekonomik veya çevresel bozulmaya yol açma potansiyeli olan olaylar olarak tanımlanmaktadır (Kadıoğlu, 2011: 27)

Göz önüne alınmayan tehlikeler, afet riskini arttırdığından, afete dönüşme ihtimali bulunan her tehlike için bölgelerin kapsamlı risk analizi yapılmalıdır. Afet riski değerlendirilirken, tehlikeli olayın veya durumun yanı sıra, olayın etkileyebileceği bölgenin önemi göz önünde bulundurulur (Ekşi, 2015: 111). Doğal ya da teknolojik/insan kaynaklı tehlikeli olayın, afete dönüşmesi halinde, etkisinin şiddetini ve zararını artıran faktörler, bölgenin stratejik önemi, bölgedeki nüfus yoğunluğu, nüfusun ve bölgenin zarar görebilirliği, bölgedeki tesisler ve kültürel varlıklar ve zararı yerine koymanın maliyeti vb. afete maruziyeti ifade eder.

2.1.4.3. Kapasite

Olası bir afetin etkileyeceği topluluğun, bu durumla başa çıkabilmesi için geliştirdiği, afet risklerini yönetme becerisi, risk yönetimi ve dayanıklılığının göstergesidir (UNGA, 2016: 13-24). Mukavemet olarak da adlandırılan bu süreç, toplumu afete hazırlayan planlar, tatbikatlar, eğitimler ile afetin en az zarar ve kayıpla atlatılabilmesi için yapılan hazırlık çalışmalardır (Toprak Karaman, 2016:6). Bu hazırlığın içeriğine; planlama, haritalama, sigortalama, zarar azaltma çalışmaları, kanunlar ve yönetmelikler, erken uyarı ve tahmin sistemleri, halk eğitimleri ve bilinçlendirme çalışmaları, bilgi sistemlerinin işleyişi ve organizasyonu, finansal

kaynaklar, acil duruma hazırlık, müdahale ve iyileştirme çalışmaları için kamu, özel ve sivil toplum örgütlerinin iş birliği sayılabilir. Bir toplumun mukavemeti ne kadar fazlaysa, tehlikenin afete dönüşme olasılığı veya gerçekleşen bir afetin etki olasılığı o kadar azdır.

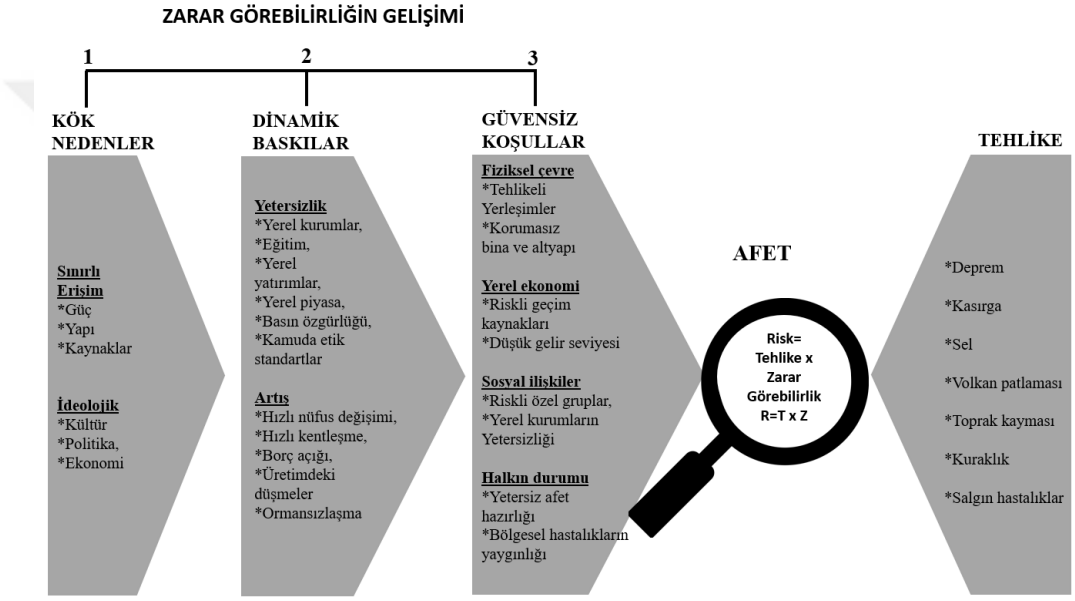
2.2. AFETLERDE ZARAR GÖREBİLİRLİK

Farklı kaynaklarda "güvenlik açığı", "kırılganlık", 'savunmasızlık'',' hassasiyet" olarak da tanımlanan zarar görebilirlik, genellikle zarar görmeye yatkınlık olarak değerlendirilir. Birleşmiş Milletler Uluslararası Afet Risklerini Azaltma Stratejileri (UNISDR) Terminolojisine göre olası tehlikelerin hedefindeki birey, topluluklar veya sistemlerin, afetten etkilenebilirliğini artıran fiziksel, çevresel, ekonomik ve sosyal durum veya süreçler olarak tanımlanmıştır (UNGA, 2016: 24). İster doğal ister teknolojik/insan faktörünün neden olduğu bir afette, tehlikelerin şiddetini artıran, afete neden olan asıl sebep insan ve onunla ilintili faktörlerdir. Kuraklık, sel, erozyon, deprem gibi afetlerde, oluş mekanizmasında doğal faktörler sorumlu olsa da, yerleşim yerlerinin seçimi, yapı dayanıklılığı, geçim kaynakları, toprağın yanlış kullanımı, toplumun afete hazırlığı gibi sosyal faktörler, afetlerin büyüklüğünü ve hasarını artıran asıl nedenin insan olduğunu açıkça göstermektedir. Zarar görebilirlik bir bireyin veya grubun doğal ya da insan/teknolojik kaynaklı bir tehlikenin karşısında başa çıkma konusunda kapasitesinin yokluğu ya da azlığı olarak tanımlanabilir ve afet/acil durumların olası hasarını artıracak tüm faktörleri kapsamına alır. Kadıoğlu'nun da belirttiği gibi, zarar görebilirlik, birey, kurum ve toplumun afetler ile baş edebilme (direnç) kapasitesi ile ters orantılıdır (Kadıoğlu, 2011:28). Zarar görebilirliğin belirlenmesiyle farklı büyüklükteki afetlerin, bir topluluğa yaratabileceği etki tahmin edilebilir.

Wishner ve diğerleri (2004), doğal kaynaklı tehlikelerin afete dönüşme sürecini Etki-Tepki (PAR) Modeli ile açıklamışlardır. Modele göre, sosyal yapının sınırlı yapı ve kaynakları, ekonomi ve politikanın güç dengeleri, kültürel ve ideolojik altyapısı, zarar görebilirliğin kök nedenleri olarak kabul edilmektedir. Bu nedenlere dinamik baskı yapan süreçler, yerel kurumların eğitim, yatırım, piyasa, kamuda etik standartlar ve basın özgürlüğünün yetersizliği ile, hızlı kentleşme, hızlı çevresel bozulma, hızlı

nüfus değişimleri, üretimdeki düşmeler, borç açığının artması olarak gösterilir. Bu durumlara, güvensiz yapılar ve riskli geçim kaynakları, riskli özel grupların varlığı, sosyal ilişkilerin zayıflığı ve afet hazırlığı olmayan bir nüfus da eklenince, tehlike karşısında zarar görebilir bir sosyal yapı ortaya çıkar. Modele göre afet riski, zarar görebilir topluluklar ile tehlikeli olayların bir fonksiyonudur. Şekil 3'te görüldüğü üzere, modelde üç temel öğe olan risk, tehlike ve zarar görebilirlik, R= T x Z olarak formüle edilmiştir (Wisner ve diğerleri 2004: 49).

Şekil 3: Etki-tepki (PAR) Modeli: Zarar görebilirliğin Gelişimi



(Wisner, 2004: 51)

2015-2030 Sendai Afet Riskini Azaltma Çerçeve Çerçevesinin, "felaketlerden orantısız bir şekilde daha fazla etkilenenleri'' içeren afet yönetimi stratejisi; toplum içinde kişilerin ve grupların altında yatan özellikleri veya koşullarına dikkat çekerek risklerin daha iyi anlaşılması, afetten en çok etkileneceklerin karşı karşıya kaldığı riskleri azaltmak ve başa çıkma kapasitesini arttırmak için her seviyede özelleştirilmiş önleme ve azaltma, hazırlık, müdahale ve kurtarma çalışmalarını "toplumun tamamının katılım ve ortaklığı" ile afet yönetimi döngüsüne dâhil etmektedir (UNISDR, 2015:14). Afetten ve sonrasının getirdiği koşullardan daha fazla etkilenecek olan bireylerin önceden tespit edilmesi, özelliklerinin ve gereksinimlerinin belirlenmesi, afet sonrasında yeniden iyileşme aşamasında toplumun özel gereksinimi

olan kesimine hizmetlerin ulaşması sağlanarak eşitsizliklerin giderilmesi ve afetlerde dirençli toplum oluşmasına yardımcı olacaktır (Okay ve İnal, 2019: 91).

Afetler, verdikleri zararın yanı sıra ülkelerin kalkınma kazanımlarını da tehlikeye attığı için, afet risk yönetimi ve iyileştirme çalışmalarında zarar görebilirliğin tespit edilmesi ve iyileştirilmesi sürdürülebilir kalkınmaya da katkıda bulunacaktır (Okay, 2019:54). Zarar görebilirliğin tespiti, ölçülmesi ve belirlenmesi için çeşitli belirteçler bulunmaktadır. Çalışmada, zarar görebilirlik, fiziksel, sosyo-ekonomik VE ruhsal zarar görebilirlik olarak analiz edilecektir.

2.2.1. Fiziksel Zarar Görebilirlik

Afetlerin etkileri, toplumlarının kendilerini nasıl ve nerede organize ettikleri ile doğrudan ilgilidir**.** Doğal veya teknolojik/insan kaynaklı bir tehlikede riski ve zararı artıran unsurların başında gelir. Afetlerin etki potansiyelini artıran fiziksel faktörlere; bir ülke veya bölgenin altyapı, çevre, sanayi tesisleri, barınma ve çalışma alanlarının yapısal dayanıksızlığı ve tehlikeli bölgelerde yaşayan nüfusun fazlalığı sayılabilir. Örneğin, sel tehlikesinin olduğu bölgede inşa edilen bir bina, öngörülen sel yükseklikleri sınırlarının üzerine çıkarıldığında, fiziksel kırılganlığı azaltılır.

Çevresel zarar görebilirlik, insan faaliyetleri nedeniyle doğal kaynakların tükenmesi ve kaynakların bozularak afete yol açmasını ifade eder. Ormansızlaşma, arazi kullanım planlaması eksikliği ve tehlikeli maddelerin yönetimi gibi zayıf çevresel uygulamalar, küçük olayların neden olacağı büyük felaketlere dönüşebilmektedir. Tarım sektörü açısından; afetin etkileyebileceği bölgenin tarımsal arazilerinin verimi, ürünlerin hasat zamanı, hayvancılığı etkileyen tüm faktörleri örneğin; aşırı sıcaklık değişiklikleri ve hava olayları, kuraklık, erozyon, kimyasal kirlilik, radyasyon ile kirlenme, sel ve taşkın gibi tehditler afet sonrası hem ekonomik etkileri nedeniyle hem de açlık ve gıda güvenliğinin bozulması nedeniyle risk oluştururlar (Coppola, 2015: 194). Gıda güvenliğinin bozulması ayrıca göç ve terör tehditi gibi afetlere zemin hazırlayarak istihdamı ve ekonomik sürdürülebilirliği tehlikeye atacağından, zarar görebirliği artıran bir faktördür (Karaman, 2019:299). Fiziksel zarar görebilirlikte, tahmini olarak zararın ve maliyetinin ölçülmesi veya sayısal hâle getirilmesi mümkündür. Zarar kolayca öngörülebilir ve risk azaltma faaliyetleri ile ortadan

kaldırılabilir veya etkisi azaltılabilmektedir (Kapucu ve Özerdem, 2011: 28). Daha önce afet geçmişinin olması, bölgenin fiziksel zarar görebilirliğini olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir.

2.2.2. Sosyo-Ekonomik Zarar Görebilirlik

Geleneksel risk değerlendirmesi genellikle, tehlikenin oluşma olasılığı ve muhtemel hasarın tanımlanmasıyla sınırlıdır. Nüfus, kentleşme, küresel ilkim değişikliğine bağlı çevresel bozulma, emniyetsiz fiziksel çevre, tehlikeli binalar ve altyapı afetin yıkıcılığının artıran gözle görülebilir, ölçülebilir sebepler olarak sayılsa da zarar görebilirliğin kök nedenleri incelendiğinde sosyoekonomik koşullar ile karşılaşılır. Quarantelli, afetleri belirli "sosyal kriz durumları" olarak tanımlamıştır (Quarantelli, 1989: 9). Sosyo-ekonomik zarar görebilirlik değerlendirmesi, topluluklarının afetlere maruz kalmadan önceki koşullarını, afet sonrası daha çok kaybetmeye yatkın kılan zayıflıklarını ortaya koymaktadır. İşsizlik, düşük gelir seviyeleri, riskli geçim kaynakları, bölgesel gelişmişlik farkları, yoksulluk, sosyal dışlanma, barınma ve gıda sorunları, kaynaklara sınırlı erişim ve eşit olmayan güç dengelerinin felaketin etkilerini artırmada büyük rol oynadığı görülmektedir (Özkaya, 2017: 216). Politik ve ekonomik sistemlerin gelişmediği, eğitim seviyesinin düşük olduğu, basın özgürlüğünün olmadığı yoksul toplumlarda afetler daha yıkıcıdır. Çünkü yoksul insanların, afete yatkın tehlikeli alanlarda yaşama ve çalışma koşulları, beslenme yetersizliği, hastalık ve engellilik oranları daha yüksektir ve bir afet durumunda olumsuz durumla baş etmek için kaynaklara sahip olma olasılıkları daha düşüktür (Adger, 2006: 273-274; Wisner ve diğerleri, 2004: 51).

Sosyo-ekonomik zarar görebilirlik net olarak ölçülemese de, risk altında olan ülke ve grupları tanımlayabilmek adına, belirli sosyal göstergeler kullanılmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1: Sosyo-Ekonomik Zarar Görebilirlik Göstergeleri

Bileşen	Gösterge	Kaynak
Kalkınma & Yoksunluk	HDI (İnsani Gelişmişlik Göstergesi)	İnsani Gelişme Raporu, UNDP
	MPI (Çok Boyutlu Yoksulluk Göstergesi)	İnsani Gelişme Raporu, UNDP
Eşitsizlik	GINI (Ekonomik Eşitsizlik Katsayısı)	Dünya Bankası
	GII (Cinsiyet Eşitsizliği Ölçütü	İnsani Gelişme Raporu, UNDP
Yardım Bağımlılığı	Kişi Başına Düşen Son İki Yılda Toplam Resmi Kalkınma Yardımı	OECD
	Kişi Başına Düşen Küresel İnsani Yardım Fonu	Finansal İzleme Sistemi, UNOCHA
	Resmi Kalkınma Yardımının Gayri Safi Yurt İçi Hasılaya (GSYİH) Oranı	Dünya Bankası

Kaynak:(De Groeve ve diğerleri &European Commission, 2015: 41)

Kalkınma ve yoksunluk tanımlaması için, HDI (Human Development Index)- İnsani Gelişmişlik Ölçütü ve MPI (Multidimensional Poverty Index)- Çok Boyutlu Yoksulluk Ölçütü ile ülkelerin gelirlerinin yanı sıra, eğitim, yaşam kalitesi ve uzunluğu gibi faktörlere odaklanarak, ülkelerin refah seviyesini belirlenmektedir.

Eşitsizlik faktörü, ülke içindeki dengeleri belirlemek açısından önemlidir. Dengenin bozuk olduğu durumlar, afetler için kırılganlık teşkil etmektedir. Ülkedeki milli gelirin vatandaşlar arasındaki dağılımının eşitlik düzeyi ölçmek için GINI (Ekonomik Eşitsizlik) Katsayısı ve ülke içindeki cinsiyet eşitsizliğini ölçmek için GII (Gender Inequality Index)- Cinsiyet Eşitsizliği Ölçütü kullanılır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin olduğu toplumlarda kadınların, kaynaklara sınırlı erişebildiği, erkeklere daha fazla çocuk bakımı, ev düzeni gibi sorumlulukları olduğu, erkek bağımlı bırakıldığı ve bu nedenle daha güçsüz olduğu için afetlere karşı dirençleri daha azdır.

Ülkelerin afete karşı zarar görebilir olma nedenlerinden biri olan yardım bağımlılığını ölçmek için, kişi başı düşen kamu yardımı miktarına bakılmaktadır. Ülkelerin yardım için gelirlerinden ayırdıkları miktar arttıkça hem maddi kaynağı hem de çalışmaya olan motivasyonu azalttığından, ülke ekonomisine yük oluşturarak sosyo- ekonomik zarar görebilirliğe sebep olmaktadır.

Resmi kalkınma yardımının gayri safi yurt içi hasılaya oranı da sosyo-ekonomik zarar görebilirlik ölçütlerinden biridir. Kalkınma için alınan kısa ve uzun vadeli borçların ve kredilerin ödemesi, düşük gelirli ülkelerin, kaynaklarını bu yönde harcaması anlamına geleceğinden, ekonomik olarak stabil olmayan bir ortamın oluşmasına neden olabilir (De Groeve ve diğerleri & European Commission, 2015:43).

Tıpkı bireysel yoksullukta olduğu gibi ülkelerin yoksulluğunu veya kaynak kullanımının kötü kullanıldığını gösteren bu belirteçler, olası afetlere karşı zarar görebilirliği artıran faktörlerdendir.

2.2.3. Ruhsal Zarar Görebilirlik

Afetlerde savunmasızlığını artıran başka bir neden olarak ruhsal zarar görebilirliği saymak mümkündür. Bireysel olarak afetin olumsuz etkileriyle başa çıkmayı zorlaştıracak var olan karakteristik özellikler ve ruhsal problemler, afet deneyimi zarar görebilirliğe etki etmektedir. Demirci ve diğerlerinin çalışmasına göre, bilgelik, cesaret, iyimserlik ve sakinlik gibi karakter özelliklerinin psikolojik dayanıklılığı arttırdığı ve psikolojik dayanıklılığın da psikolojik kırılganlığı azalttığı tespit edilmiştir (Demirci ve diğerleri, 2019: 8). Ayrıca toplumun kültürel yapısı, afet olaylarını algılama ve bunlara tepki verme konusundaki davranışları da ruhsal zarar görebilirliği artırabilmekte veya azaltabilmektedir.

2.2.4. Zarar Görebilir Gruplar

Çoğu insan bir dereceye kadar doğal afetler, finansal krizler, savaşlar gibi olağan üstü durumlara karşı savunmasızdır. Ancak bazı insanlar afetlerin olumsuz etkilerine karşı diğerlerinden çok daha savunmasızdır (Ekşi, 2015:112-113). Zarar görebilirlik, sosyo-ekonomik koşullar haricinde toplumsal dinamiklerden ve kişisel özelliklerden de payını alır. Birleşmiş Milletler 2014 İnsani Gelişme Raporla toplumda bakıma muhtaç yaşlıların, çocukların, engellilerin afetlerde ve iklim değişikliği sonucu ortaya çıkan tehlikelerde en kırılgan gruplar olduğunu vurgulamaktadır. (UNDP, 2014:19).

Avrupa Komisyonu raporuna göre, afetlerde savunmasızlığın artıran, bireye özgü özellikler ve dışsal olmak üzere iki temel nedeni bulunmaktadır:

Bireyin kendisine özgü özelliklerinin sonucu olarak afet veya acil durum sırasında ve sonrasında, acil durum uyarılarına erişmeyi, anlamayı ve yanıt vermeyi zorlaştırabilecek fiziksel engelleri ve yetersizlikleri sebebiyle olay yerinden uzaklaşma, tahliye alanına ulaşma, afet sonrası dağıtılan gıda, su gibi temel ihtiyaçlara ulaşmada güçlük çektiği için afetin olumsuz etkilerinden daha çok zarar görebilirler. Bireye özgü özellikler (De Groeve ve diğerleri & European Commission, 2015:44-45):

Fiziksel bir engeli olan bireyler: Hareket kısıtlılığı, görme engeli, işitme engeli, konuşma engeli vb.,

Hastalıklar: Kronik hastalıklar, ilaç ve tıbbi bakım ihtiyaçları vb.,

İnsan yaşamının aşamalarından kaynaklanan sınırlamalar: Kendilerine yardım edecek bir yakını olmayan özel gereksinime sahip yaşlı bireyler, ebeveynini kaybetmiş, yakını olmayan çocuklar sayılabilir.

Bireye ait olmayan ancak dış koşulların bir sonucu olarak dışsal nedenlere:

Sosyal: Etnik, dini azınlıklar, yerli halklar,

Siyasi: Çatışmalardan etkilenen insanlar; mülteciler ve ÜİYOK (ülke içinde yerinden olmuş kişi)ler,

Çevresel: Son zamanlarda sık sık doğal tehlikeli olaylara maruz kalan veya ulaşılması zor alanlarda (dağlık bölgeler veya aşırı kırsal alanlar gibi) yaşayan insanlar örnek verilebilir.

Afetlere karşı savunmasız bireylerin, toplumla entegre edilip özellikli ihtiyaçlarının gözetilerek çözülmesi önemlidir. Hem zarar görebilir grup kapsamında girmeleri, hem fiziksel zarar görebilir mekanlarda yaşamaları, bireylerin afetlere karşı zarar görebilirliklerini daha fazla artırmaktadır. Bu bağlamda, afet öncesi dönemde yapılacak yer seçimi ve mekânsal planlamalar ile hizmetlere erişim ve kentsel yaşama katılımın kolaylaştırılması gerekmektedir (Orhan ve Keskinok, 2019:28). Özel gereksinimi olan bireylerin tespit edilmesi, süregelen ihtiyaçlarının belirlenmesi ve afet ve olağan üstü durumlarda ortaya çıkabilecek sorunların ve gereksinimilerin önceden tespit edilmesi, afetin olumsuz sonuçlarını azaltmaktadır (Çakır ve Atalay, 2020:175).

Kronik hastalıklar, bireylerde özel gereksinimlere sebep olduğundan, afetlerde zarar görebilir gruplar kapsamındadır. Afet öncesinde planlama yapılırken kronik hastalığa sahip bireylerin ihtiyaçları ve afet şartlarında yaşayabilecekleri sorunlar göz önüne alınmalıdır.

2.3. AFETLERDE ZARAR GÖREBİLİRLİK FAKTÖRÜ OLARAK KRONİK HASTALIKLAR

2.3.1. Kronik Hastalıkların Afetlerde Zarar Görebilirliğe Etkisi

Büyük yıkımlar, yer değiştirmeler ve kaosun hâkim olduğu afetlerde, sağlık ve kurtarma hizmetleri geleneksel olarak yaralanmalar, akut durumlar ve enfeksiyon hastalıklarına odaklanmaktadır. Kronik hastalıklar, afet ve acil durumlarla birleştiğinde, sonuçları yeni bir felakete sebep olabilmektedir (Miller ve Arquilla, 2008:185).

Kronik hastalıkların, afet ve acil durumlarda kontrolden çıkarak hastalık ve ölüm oranlarını artırması aşağıdaki nedenlerle bağlantılı olarak artabilmektedir (Demaio ve diğerleri, 2013:2):

Acil durum ve afetlerde kronik hastalığa sahip bireyler, var olan engellerinden (fiziksel, sosyal) dolayı daha savunmasızdır.

Afet ve acil durumun doğrudan bir sonucu olarak, sağlık durumları bozulabilir.

Acil durumlar ve afetler, kronik hastalıkları daha da şiddetlendirmektedir.

Afetler nedeniyle sağlık hizmeti sunumunun artmasıyla kaynak yetersizliğine bağlı yaşanan sorunlar, rutin tedavi ve bakım ihtiyacı olan kronik hastalığa sahip bireylerin durumunu kötüleştirir.

Acil durum ve afetlerde kronik hastalıklara bağlı sorunların etkin yönetilemediği durumlarda, kısa ve uzun vadeli etkileri görmek mümkündür. Bu nedenle, bir felaket sırasındaki ve sonrasındaki çözümsüzlüklerin veya geçici çözümlerin sadece sağlığa yönelik etkileri yoktur, aynı zamanda kalıcı sosyal ve toplum sağlığına etkileri olabilir. Kısa bir süre için bile uygun bakımın olmaması, daha

fazla düzeyde kronik sorunlar ve ıstırabın yanı sıra, engelliliği artırması, cepten yapılan sağlık harcamaları ve iş gücü kaybıyla yoksulluğu artırması ile sonuçlanabilir.

Kronik hastalıklar ve afetler, gelişmiş ülkelere kıyasla gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkeleri daha fazla etkiler. Gelişmekte olan ülkeler, sanayileşme, artan kentleşme ve gecekondu nüfusunun da etkisiyle iklim değişikliğinin ve doğal afetlerin etkilerine karşı kırılgan olmanın yanında, kronik hastalıkların etkilerine karşı daha savunmasızdır.

Çalışmada, kronik hastalığa sahip bireylerin afet koşullarında yaşayabileceği sorunlar detaylı şekilde analiz edilecektir.

2.3.2. Afet Koşullarının Kronik Hastalıklara Etkisi

Kendi kendine yeterli olamayan veya bakıcılardan, aileden veya arkadaşlardan yeterli desteği alamayan kronik hastalığa sahip bireyler, gözlem, bakım ve tedavi gerektiren; intravenöz (IV- damar içi) tedavi, kataterle beslenme ve yaşamsal bulguların yönetilmesi; diyaliz, oksijen ve aspirasyon uygulaması ihtiyacı; yaraların yönetimi için yardıma ihtiyaç duyabilirler. Bu kişiler sağlık durumları, engelleri, yaşları, sosyoekonomik faktörleri nedeniyle hem afetler sırasında hem de sonrasında yüksek düzeyde risk ve kırılganlıkla karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca afetler yeni engeller yaratmakta ve mevcut sorunları daha da kötüleştirebilmekte, afet koşullarına bağlı hastalık alevlenmelerine bağlı sağlık ve bakım hizmeti ihtiyacını artırması nedeniyle de, sağlık hizmeti kapasitesini zorlamakta, güvenlik açığı oluşturarak toplumun afete direncini azaltmaktadır. Bu grubun yaralanma, hastalık veya ölümden etkilenme olasılığı daha fazlayken, sağlık ve kurtarma, barınma yardımı dahil olmak üzere kamu hizmetlerine erişimde daha büyük zorluklarla karşılaşması daha muhtemeldir.

Bu nedenle, afet sonrası özel ihtiyaçlarını ve sorunları anlamadan, onlara yapılacak kurtarma ve yardıma ulaşmada aksaklıklar yaşanacağı aşikardır. Kronik hastalığa sahip bireyler, sürekli tıbbi cihaz, ilaç ve bakım ihtiyacı, diyet düzenlenmesi gibi gereksinimleri nedeniyle afet durumlarında dezavantajlı konumdadır. Afete neden olan ya da afet sonrası oluşan yaralanma, psikolojik stres, su ve yiyecek eksikliği, diyete uygun yemek bulamama, aşırı sıcak ya da soğuk hava koşulları, hava kirliliği,

enfeksiyon, ilaca ve tıbbi cihaza ulaşamama gibi durumlar kronik hastalık alevlenmesi riskini artırmakta; olaydan önce kontrol altında olan kronik bir hastalığın hızla kötüleşip, sağlık sistemlerinin yanıt verme yeteneğini azaltarak hastanın acısını artırmasına, komplikasyonlara ve hatta hastanın hayatını kaybetmesine sebep olabilmektedir (Mokdad ve diğerleri, 2005:1).

2.3.2.1. Hava Kirliliği

Hava kirliliği sağlığı olumsuz etkileyen en büyük çevresel risklerden biridir.

Tüm bölgeleri, ortamları, sosyoekonomik grupları ve yaş gruplarını etkileyen hava kirliliği, hayat kalitesini ve sağ kalımı olumsuz etkiler. Yetişkinlerin ve çocukların hem kısa hem de uzun süreli hava kirliliğine (partikül madde, ozon, azot dioksit ve kükürt dioksit vb.) maruz kalması akciğer fonksiyonunun azalmasına, solunum yolu enfeksiyonlarına, akciğer kanseri, astım, KOAH gibi kronik solunum yolu hastalıklarına yatkınlığı artırdığı gibi, var olan kronik solunum yolu hastalıklarını kötüleştirici etkiye sahiptir (Health Effects Institute, 2018:11; Hooper ve Kaufman, 2018: 65; Gauderman, 2004:1062; WHO, 2016a: 19).

Özellikle ani gelişen afet türlerinde karşımıza çıkan hava kirliliği, deprem yıkıntıları nedeniyle ortaya çıkan toz bulutu, partiküller ve asbestin solunması, orman ve büyük yangınlar sonucu ortaya çıkan dumana maruz kalma ve solunması; yanardağ patlaması sonucu havaya yayılan kimyasal gaz, duman ve küllere maruz kalma ve bu gazların solunması; terörizm, endüstriyel ve maden kazalarının neden olduğu patlamaların ortaya çıkardığı partikül, duman ve kimyasal gazların solunması; fırtınalar sonucu havaya karışan toz, polen ve partiküllere maruz kalma e solunması, alerjik semptomlar, nefes darlığı ve solunum yetmezliklerine yol açarak, kısa dönemde kronik solunum yolu hastalıklarının şiddetini artırarak ölüme sebep olurken, uzun dönemde kronik solunum yolu hastalıklarına sebep olur (Miyashita ve diğerleri, 2015: 303; Ohkouchi ve diğerleri 2013:52; Shimizu ve diğerleri, 2007: 13; Khafaie ve diğerleri, 2016:127).

Afetler sonucu yaşanan hava kirliliğinin etkileri afeti yaşayanlarla sınırlı kalmayarak, afetzede annenin karnındaki bebeğin de, gelecek yaşantısını etkiler. 11 Eylül 2001 Dünya Ticaret Merkezi saldırısı sonrası oluşan yıkımda zehirli kimyasal

gazlara maruz kalan gebelerin erken doğum yaptıkları ve bebeklerinin düşük doğum ağırlıklı olduğu saptanmıştır (Berkowitz ve diğerleri, 2003: 595).

2.3.2.2. Aşırı Sıcak ve Soğuk Hava

Bir afet çeşidi olarak sıcak hava dalgası, sıcak çarpmalarına, dehidratasyona (vücutta sıvı kaybına), böbrek yetmezliğine, kalp krizlerine, yüksek tansiyon ve beyin kanamalarına risk oluşturmaktadır. Ayrıca, vektörlerin çoğalmasına bağlı bulaşıcı hastalık riskleri, yılan ve böcek sokmalarına da neden olmaktadır.

Sıcak hava dalgası ve nemlilik, günlük sıvı alımı az olan, yaşlı, obez, kronik akciğer hastalığı olan diyabetik, kalp ve damar hastalığı olan, yatağa bağımlı, yatak yarası olan hastaların durumunu daha da kötüleştirir (Kenny ve diğerleri, 2010: 1053).

2003 yılında Fransa'da yaşanan sıcak hava dalgasında, hayatını kaybedenlerin, evlerinde soğutma sistemi olmayan çoğu kronik kalp-damar veya nörolojik ya da mental hastalığı olan bireylerden oluştuğu, yatağa bağımlı hastaların da benzer şekilde etkilendiği tespit edilmiştir (Vandentorren ve diğerleri, 2006:586; Fouillet ve diğerleri, 2006:16).

Aşırı soğuk hava bir afet nedeni olabileceği gibi, örneğin deprem sonrası soğuk hava koşullarının var olduğu, yeterli koruma ve izolasyonun olmadığı yerlerde de bireyleri hipotermi, donma gibi sonuçlarıyla etkileyebilmektedir.

Aşırı hava olaylarının yaşandığı afetlerde, elektrik kesintilerinin de etkisiyle soğutma veya ısıtma sistemleri yetersiz kaldığından kronik hastalığı olan bireylerin aşırı hava olaylarına maruz kalması, ek sorunlar yaşamasına neden olarak durumlarının kötüleşmesine ve ölüm oranlarının artmasına sebep olur. Soğuk hava, kalp-damar hastalığı olan bireylerde kalp krizi ve inmeyi tetikleyerek ölümcül olurken, kronik akciğer hastalığı olan bireylerde hava yollarının daralmasına bağlı hastalığın şiddetini artırır ve akciğer enfeksiyonlarına zemin hazırlayarak kronik hastalıklara sahip bireylerde hastaneye yatış ve ölüm oranları artırır (Madrigano ve diğerleri, 2013:5). Tseng ve diğerlerinin 16,254 KOAH'lı birey ile yaptığı çalışmasında, hava sıcaklığında 1°C'lik bir düşüşün olay günü kronik akciğer hastalığının alevlenme oranındaki %0,8'lik bir artışla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Tseng ve diğerleri, 2013:3).

2.3.2.3. Elektrik, Su, İletişim ve Ulaşım Kesintisi

Deprem, sel, tsunami, savaş gibi büyük ölçekli afetlerde, elektrik, su, doğalgaz, iletişim ve ulaşım hatları, sağlık tesislerinin yıkılması veya zarar görmesi gibi hayati altyapı kesintileriyle çok sık karşılaşılmaktadır. Merkezi elektrik ve harici enerji kaynağının (jeneratör, mobil enerji kaynakları, güneş enerji panelleri vb.) olmadığı ya da yetersiz olduğu durumlarda, oksijen makinelerine ihtiyaç duyan kronik solunum yolu hastalığı olan bireyler, sıcak ve soğuk hava dalgasına maruz kalan, ısıtma/soğutma sistemi çalışmadığı için etkilenen kronik kalp hastalığı, solunum yolu hastaları, diyaliz ihtiyacı olan kronik böbrek yetmezliği hastaları başta olmak üzere, kronik hastalığa sahip bireyler, elektrik kesintilerinden olumsuz etkilenmektedir.

11 Mart 2011 Japonya deprem, tsunami ve nükleer kaza içeren üçlü felaketinde, elektrik kesintisi nedeniyle sürekli oksijen destek cihazı kullanan 300 kronik solunum yolu hastası bu durumdan olumsuz etkilenerek zaten kapasite artışı yaşayan hastanelere yönlendirilmek zorunda kalınmıştır (Ohkouchi, 2013: 54).

Afeti izleyen saatlerde ve hatta günlerde, iletişim çoğu zaman kısıtlıdır, çünkü mevcut altyapı ya yok olmuş ya da büyük ölçüde zarar görmüştür. Oysa ki afetin etkilerinin anlaşılmasında ve bölgenin ihtiyaçlarının belirlenmesinde, yönetimin afetzedeler ile bilgi akışının sağlanması gerektiği durumlarda, hastanelerin doluluk oranı, trafik durumu, kapanan yollar, toplanma alanları, sığınakların yeri ve doluluk oranları ve yardım noktalarının bilgisi, yardım ekiplerinin koordinasyonunda kurumsal düzeyde iletişimin önemi büyüktür. Bireysel olarak değerlendirildiğinde, bakıma ihtiyacı olan kronik hastalığa sahip bireyin, iletişimin kesilmesine bağlı, yakınlarına ve yardıma ulaşamayacağı için sorun yaşayacağı aşikardır. Ayrıca, yeni nesil iletişim araçlarından sosyal medya ve internetteki afet öncesi duyuru ve organizasyonlardan, afet sonrasında ise yardım hizmetlerine erişime güçlük çektiklerinden, gıda, su, kurtarma hizmetlerine ulaşmakta zorluk yaşayacaklardır. İletişim kesintisi nedeniyle ilaç ve medikal kayıtlara ulaşılamadığı için tedavi planı aksamasına bağlı, hastaların sağlık durumu kötüleşebilir (Toker, 2017:256).

Afetle birlikte yaşanan iletişim güçlüğü, ulaşım yollarının kesilmesine ve var olan yoların yoğunluğunun artmasına bağlı olarak, kronik hastalığa sahip bireyler,

gerekli olan tıbbi tedavi, ilaca veya onlara bakımı devam ettirecek yakınlarına ulaşamadıkları için bu durumdan olumsuz etkilenmektedir.

2.3.2.4. Enfeksiyon

Kronik hastalıklar, afetlerde enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerden en çok etkilenen grupların başında gelmektedir. Akciğer kapasitesinin azlığı, vücut dirençlerinin düşük olması ve metabolik süreçlerin bozulması gibi nedeniyle enfeksiyonlara olan yatkınları fazladır.

Aralık 2019 tarihinde Çin Wuhan kentinde başlayan ve tüm dünyaya yayılan SARS-CoV-2 etkeninin neden olduğu COVID-19 salgını, tüm dünyayı etkisi altına almış, DSÖ 11 Mart tarihinde pandemi ilanı yapmıştır.

COVID-19 enfeksiyonu %80 oranında hafif atlatılırken, 60 yaş üstü ve önceden mevcut kronik hastalıkları (kardiyovasküler hastalık, kronik solunum hastalığı veya diyabet, kanser gibi) yaşayan insanlar daha şiddetli hastalık yaşayabilir ve enfekte olduğunda daha kötü sonuçlar gelişebilmektedir (WHO, 2020:9; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020:49).

COVID-19 gibi salgın hastalıklar, kronik hastalıklar açısından sağlık sisteminin koruyucu ve önleyici tüm yaklaşımlarını, ilaç tedarikini bozabilir, sağlık hizmetlerinin salgına yönlendirilmesiyle ve bulaş korkusu nedeniyle hastalar tedaviye erişme güçlüğü yaşayabilmektedir.

Ayrıca, deprem, sel ve tsunami sonrası su kirliliğine bağlı görülen ishal, kolera gibi hastalıklar, tsunami nedeniyle kirli suların akciğere girmesi sonucu oluşan tsunami akciğeri, çadır ve sığınaklarda birlikte yaşamaya bağlı gelişen grip salgını, toplum kaynaklı pnömoni (akciğer enfeksiyonu), afetler sonrası sık görülen enfeksiyoz durumlardır (Salazar ve diğerleri, 2016:4; Ohkouchi ve diğerleri, 2013:54). Normal şartlarda erken evrelerde antibiyotikler ile tedavi edilebilen bu hastalıklar, tıbbi altyapı yok olduğundan bakım ve tedavi eksikliğine bağlı kontrolden çıkarak enfeksiyonun ilerlemesine ve kan dolaşımına girerek, geri dönülemez durumlara yol açabilmektedir (Nakadate ve diğerleri, 2012:1). Zaten var olan kronik hastalığın üzerine eklenen enfeksiyon hastalıkları, bireylerin durumlarının hızlıca kötüleşmesine, sağlık durumunun kontrolden çıkmasına sebep olabilmektedir

2.3.2.5. Tahliye Sorunları

Bazı kronik hastalıklar, günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırabilir ve bu durum afet sırasında insanların tahliyesini zorlaştırabilmektedir Örneğin, merdivenlerden aşağıya inmeye çalışan KOAH'lı birey, efor sarf ettiğinde nefes darlığı nedeniyle zor anlar yaşayabilir ya da tıpkı "tsunami-tendenko''[1] prensibinde olduğu gibi afetin olumsuz etkilerinden kendini daha çabuk kurtarmak isteye afetzedeler, yatağa bağımlı, kronik hastalığa sahip yakınlarını geride bırakabilmektedir (Kodama, 2015: 361).

Evlerinde yaşayan kronik hastalığa sahip bireylerin, kasırga, tsunami, sel, orman yangınları sıcak ve soğuk hava dalgasının olumsuz etkilerinden koruması için, ya da tıbbi tedavisinin uygun yerde devamı için afetten zarar gören veya görmesi beklenen bölgeden tahliye edilmesi gerekebilmektedir. Ülkemizin acı tecrübesi 17 Ağustos 1999 Marmara depreminde, merkez üssüne en yakın 12 diyaliz merkezinin 5'i ağır hasar gördüğü için kullanılamadı. Rutin diyaliz programındaki kronik böbrek yetmezliğine sahip hastalar, sıvı kısıtlaması, katı diyet koşulları ile duruma uyum sağlamaya çalışırken, deprem nedeniyle oluşan crush (ezilme) sendromuna bağlı oluşan akut böbrek yetmezliği sendromundaki yaralılar, hasta yükünün artmasına sebep olduğundan, İstanbul, Bursa, Ankara, Eskişehir illerine nakil olmuştur (Vanholder ve diğerleri, 2001: 787; Sever ve diğerleri, 2004: 1072).

Fiziksel engeli olan, yatağa bağımlı, solunum desteğine bağlı, trakeostomi nedeniyle aspirasyon gereksinimi olan, beslenme, idrar vb. sondası aracılığıyla yaşamını sürdüren hastaların tahliyesi sırasında, solunum desteğinin bozulması bağlı solunum yetmezliği; beslenme sondasının yerinden çıkmasına bağlı gıdaların akciğere kaçması ve ani solunum yolu tıkanmaları; idrar sondasının çıkmasına bağlı oluşacak kanama ve yaralanmalar var olan durumunu kötüleştirebilmektedir

Kronik hastalığa sahip obez hastaların afetlerde tahliyesi sırasında, taşıma için yeterli insan ve makine gücü eksikliği, taşıma malzemelerin kapasitesinin yetersiz oluşu gibi nedenlerle kurtarma ekibi tahliye güçlükleri yaşayabilir, hatta hastalar tahliye edilemeyebilirler. 2012'de New York'ta, Sandy Kasırgası sırasında 263 kg ağırlığında olan ve tahliye kızağı için çok geniş olduğu bildirilen bir hasta, geride

[1] Tsunami-tendenko: Tsunami geldiğinde en yüksek yere çık ve kendini kurtar prensibi.

kaldı. Asansörlerin çalışmadığı kasırga sırasında, hastanın 15 katlı merdivenden tahliye edilmesi yasaklandı. Hasta, asansör için yeterli güç sağlandığı fırtınadan birkaç gün sonra tahliye edilebilmiştir. (Gray, 2017: 2).

2003 Katrina Kasırgası sırasında New Orleans' ta, Memorial Tıp Merkezinde yatmakta olan hastaların dördünün ölümü için, üç bakım personeli 2. Derece cinayetten yargılandı. Ölenlerden biri, yaşamı tehdit etmeyen bir sorundan dolayı ameliyat olmayı bekleyen obez, felçli bir hastaydı. Hasta tahliyelerini gerçekleştiren bakım grubu, bu hastanın yaklaşık 170 kg ve tahliye edilemeyecek kadar ağır olduğu sonucuna vararak, hasta uyanık ve bilinçliyken, rutin bakım için almadığı narkotik ilaçları (öldürücü morfin ve midazolam dozu) vererek ölümüne sebep olduğu tespit edilmiştir (The Newyork Times Magazine, 2009; Gray ve MacDonald, 2016:2).

Hasta veya engelli bireyin refahından sorumlu olan aile üyesi veya bakıcı, afette hayatını kaybetmiş olabilir ya da bakımı üstlenen kişi afet koşullarında yeterince iyi bakım veremeyebilir. Hastanın hayat ve bakım kalitesinin devamı için yakın aile bireylerinin olduğu şehirlere nakil olması gerektiğinde, fiziksel engeli ve bağımlılık durumuna göre, hasta veya engellinin ambulansla ya da toplu taşıma aracıyla, karşı tarafta alıcının onayıyla nakli gerçekleştirilmelidir.

2.3.2.6. Barınma ve Güvenlik Sorunları

Barınma bireyin en temel ihtiyaçlarından biridir ve sağlığın kritik bir sosyal belirleyicisidir. Barınma koşulları sağlık sonuçlarını hem akut hem de uzun vadede etkileyen bir faktördür (Willison, 2017:1113). Afet sonrası evleri yıkılan veya güvenlik nedeniyle konutlarında ikamet edemeyecek durumda olan afetzedeler, güvenli kalıcı konutlara yerleşene kadar, hükümet veya sivil toplum kuruluşları tarafından geçici olarak oluşturulan çadır ya da barınaklarda ikamet etmektedir. Bu çadır ve barınaklarda yaşamak, doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık risklerini de beraberinde getirmektedir. Bu risklerden yetersiz temizlik, yetersiz havalandırma nedenli hijyen sorunları enfeksiyon ve salgın hastalık riskini artırırken, kalabalık, gürültü nedenleriyle yaşanan uyku bozuklukları, afet sonrası psikolojik durumun kötüleşmesine katkıda bulunmaktadır (Kawano ve diğerleri, 2016: 6). Ayrıca barınakta, soğuk-sıcak hava izolasyonu eksikliğine bağlı, soğuk ve sıcak havanın

fiziksel zararları haricinde, başa çıkma yöntemleri sonucu da afetzedeler, zarar görmüştür. Van depremi sonrası çadırda yaşayan afetzedelerin, soğuk hava nedeniyle çadır içine kurmak zorunda oldukları sobadan kaynaklı çıkan yangında, çadır içinde kalan, kaçamayan çocuklar hayatını kaybetmiştir.

Afetler sonucu evlerinden tahliye edilen, çadırda veya sığınaklarda kalan kronik hastalığa sahip bireylerin, tıbbi sorunları nedeniyle, sığınak ve çadırlarda kalan diğer bireylere göre gereksinimleri daha fazladır. Örneğin, obez ve yatağa bağımlı olan KOAH' lı bir birey, daha rahat nefes alabilmek için başı yükselen ve nispeten daha sağlam bir yatağa gereksinim duyacaktır. Yatak kenarlarının keskin olması, pıhtı önleyici ilaç kullanan hastalarda kanama riskini artırırken, yara iyileşmesi zor olan cilt dokusu incelmiş yatağa bağımlı hastalarda, yara ve enfeksiyon riski oluşturmaktadır (Bagget, 2006: 56).

Kalabalık barınaklarda, bası yaralarına sahip, idrar sondası olan, alt bezi kullanan hastaların açıkta bulunan özel bölgeleri, mahremiyet ve güven hissini zedelemekle birlikte, kötüye kullanıma fırsat yaratması da önemli bir noktadır.

Sınırlı kaynakları olan yerlerinden edilen ve sığınaklarda ikamet eden kişiler arasında, toplu yaşamaya bağlı hijyen kurallarına yeterince uyulmaması sonucu bulaşıcı hastalıkların (özellikle toplum kaynaklı pnömoni ve ishal) görülme sıklığı artmaktadır (Vest ve Valadez, 2006: 56)

Barınakta kalan yaşlı ve kronik hastalığa sahip bireyler, sığınaklarda kısıtlı hareket alanına sahip olması, tuvaletlerin uzak olması, düşme korkusu ve güvenlik nedenleriyle günlerinin çoğunu hareketsiz ve çok az aktivite ile geçirmektedir. Hareketsizliğe bağlı olarak daha önce kendi işlerini yapabilecek kadar hareket edebilen yaşlı afetzedelerin, hareket alanı olmadığından hızla yatağa bağımlı hale geldiği tespit edilmiştir (WHO, 2008: 20). Yine hareketsizliğe ek olarak ishal, kusma ve tuvaletlerin kirli olmasından dolayı yetersiz su alımına bağlı gelişen dehidratasyon sonucu yüksek oranda derin ven trombozu (toplardamarın pıhtı ile tıkanması) gelişimi tespit edilmiştir (Ueda, 2012:200).

Afete maruz kalmış kişilerin, bu olumsuz durumun psikolojik olarak üstesinden gelmesi için sosyal ilişkileri ve sosyal destek ağları çok önemlidir. Evlerinden ayrılan, yakınlarını kaybeden, barınakta kalan özellikle yaşlı hastaların

tanıdık çevresinden ayrılması; sosyal uyum bozuklukları, uyku bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğuna neden olur (HelpAge, 2013:14)

Güvende hissetme ihtiyacı, tüm insanların temel gereksinimlerinden olmakla birlikte, afet karşısında savunmasız kalmış, tüm hayatı bir anda değişmiş bir afetzede için sığınılacak bir yerin güvenliği, fiziksel ve psikolojik anlamda çok önemlidir. Afetzedelerin yerlerinden edilmesi dolayısıyla yaşanan finansal zorluklar, kargaşa ve güvenlik hizmetlerinin aksaması gibi resmi ve gayri resmi sosyal kontrol mekanizmalarının yok olmasıyla deprem ve sel yıkıntıları içinde kalmış değerli eşyaların çalınması, yağma, yüksek fiyatlı satışlar, karaborsa, kişisel finansal bilgilerin (hesap numaralarına ve kredi kartı bilgilerine) ele geçirilmesi gibi çeşitli hırsızlık ve dolandırıcılık girişimlerinin yanı sıra, özellikle göç mağduru kadın ve çocuklara yönelik insan ticareti, taciz ve tecavüz gibi güvenlik sorunları sıkça görülmektedir (Varano ve diğerleri, 2010: 47). Hastalıkları nedeniyle yardıma ihtiyacı olan kronik hastalığa sahip bireyler, yardım vaadiyle kandırılabilmektedir. Kendi ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çeken, yatağa bağımlı savunmasız hasta bireyler özellikle iyi aydınlatılmamış karanlık köşelerde ihmal, şiddet, taciz ve tecavüz gibi suçlarda risk altındadır ve kolaylıkla suç unsurlarının hedefi haline gelebilmektedir

2.3.2.7. Stresin Etkisi

Evleri yıkılan, yakınlarını kaybeden, kurtulma telaşı yaşayan afetzedeler, korku, endişe ve psikolojik stres yaşamaktadır. Stres, insanlarda çeşitli mekanizmalarla kalp atım hızının artmasına, kalp çarpıntısı ve ritim bozukluklarına, yüksek tansiyona, kalp krizine, beyin kanamaları ve inmelere, mental bozukluklara, sindirim sistemi sorunlarına, kan şekeri yükselmesine bağlı diyabetik komalara, ani astım ataklarına bağlı solunum yetmezliklerine varan ciddi sonuçlara neden olabilmektedir.

Yapılan araştırmalarda, afet sonrasında, maruz kalınan stres ve uykusuzluğun sirkadyen ritmi değişikliklerine neden olduğu, tuz hassasiyetinin de atmasıyla kalp krizi ve kalp kökenli acil durumların arttığı (Aoki, 2012: 2802), afet öncesi hipertansiyon hastası bireylerin, afet sonrası kan basıncının kotrol altına alınamadığı, diğer bireylere göre daha fazla risk altında olduğu, (Saito, 1997:217; Kario, 2012: 560)

depremin neden olduğu ani duygusal stresin, kalp krizini tetiklediği ve kalp krizine bağlı ölümlerin anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır (Ogawa ve diğerleri, 2000: 453).

Afet sonrası yaşanan stres, uykusuzluk, kan şekeri dengesini de etkiler (Fujihara ve diğerleri 2012: 562). Japonya'da 1995 yılında Richter ölçeğine göre 7.2 büyüklüğündeki Kobe Büyük Hanşin depremi sonrası özellikle yakınlarını ve evini kaybeden diyabet hastası bireylerin, yaşanan stres sonucu bir yıl boyunca kan şekeri regülasyonun bozulduğu, uzun bir süre kan şekerinin yüksek seyrettiğinin bir göstergesi olan kanda yüksek HbA1C (glikozillenmiş hemoglobin) seviyeleri ölçülerek saptanmıştır (Iniu ve diğerleri; 1998:274).

2011 büyük Japonya depremi sonrasında Tohoku Üniversitesi hastanesine başvuran akut koroner sendrom ve kalp durması oranlarının keskin bir şekilde arttığı, Ishinomaki Kızılhaç hastanesinde serebro vasküler hastalıkları oranının da bir önceki yıla göre arttığını tespit edilmiştir Bunun sebepleri olarak sık yaşanan artçı şoklar ve tahliye stresinin, hipertansiyona ve kanda pıhtılaşmayı artırıcı mekanizmalara zemin hazırladığı düşünülmektedir (Ochi ve diğerleri, 2013:8)

Afet sonrası fiziksel ve psikolojik stresin dev mide ülserleri ve kanamalarına sebep olduğu (Takakura ve diğerleri, 1997: 91), astım krizlerinin arttığı, astım hastalığının seyrinin kötüleştirdiği saptanmıştır (Tomita ve diğerleri, 2005:83).Afet sırası ve sonrasındaki stres, daha fazla sigara içmeye veya alkol kullanımına yol açarak, kronik hastalıkların gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Afetin etileri ilerleyen dönemde, mental sorunlara yol açabilmekte, bilinen mentâl hastalığı olan bireylerin durumu kötüleştirebilmekte, ilaca ulaşamadığı için semptomları yönetmek zorlaşabilmektedir (CDC, 2014:16).

Bazı durumlarda (Alzheimer, demans) stres, geçici hafıza kaybına neden olabilir, bu durum kişinin bir hastalığının olduğunu unutmasına yol açabilmektedir.

Stres sadece afete maruz maruz kalanları değil, aynı zamanda gebe kadınların çocuklarının uzun süreli metabolik sağlığı için de önemlidir. Doğum öncesi yüksek stres düzeyleri de etkileri çocukluk çağında başlayan, uzun vadeli metabolik bozukluklara katkıda bulunabilmektedir. Kanada da 1998 yılı Quebec buz fırtınası sırasında gebe olan annelerin 3-14 yaşlarındaki çocukları incelendiğinde, artmış insülin salgısı nedeniyle metabolik bozuklukların belirgin şekilde artmış olduğu

diyabet hastalığına yatkın oldukları tespit edilmiştir (Dancause ve diğerleri, 2014: 774).

2.3.2.8. Beslenmeye İlişkin Yaşanan Sorunlar

Göç, deprem, savaş gibi afetlerde su ve yiyeceğe ulaşmada zorluk, sel, tsunami gibi afetler sonrasında temiz, güvenilir gıda ve suya ulaşamama, kontamine su ve yiyeceklerin yarattığı ek sorunlar (ishal, kolera vb.), insani yardım kapsamında toplu dağıtılan yiyeceklerin kronik hastalığın gereksinimine uygun olmaması (özellikle tuz, yağ, karbonhidrat kısıtlı beslenmek zorunda olan hastalar için), yatağa bağımlı hastaların özel hazırlanmış yiyeceklerine ulaşamaması, beslenmeyi kronik hastalığa sahip bireyler için sorun haline getirmektedir.

Su ve beslenme yetersizliği ya da uygunsuz beslenme, özellikle sıcak hava dalgası gibi bir afet ile karşı karşıya kalındığında diyabet hastalarında, dehidratasyon, elektrolit bozuklukları, kan şekerinin kontrolden çıkmasıyla hipoglisemi ya da hiperglisemiye komasına sebep olabilmektedir (Sengül ve diğerleri, 2004:411). Gıdalarla yüksek tuz alımı ve stres nedenli oluşan tuz hassasiyetinden dolayı hipertansiyon hastaları, kontrol edilemeyen ani kalp kökenli sorunlar ile karşılaşabilmektedir (Crook ve diğerleri, 2010: 197). Kanser ve diğer tüm kronik hastalıklarda yetersiz su ve gıda alımı, vücut direncini düşürerek, vücudun enfeksiyona açık hale gelmesine neden olarak, kontrol altındaki kronik hastalıkların durumunu kötüleştirmektedir. Yetersiz beslenmeye bağlı protein, karbonhidrat ve vitamin eksikliği, yara iyileşmesini geciktirerek, yatağa bağımı hastaların bası yaralarının oluşmasına ve artmasına sebep olabilmektedir (National Pressure Ulcer Advisory Panel ve diğerleri, 2014:20-21).

2.3.2.9. Sağlık Hizmeti Sunumuna İlişkin Yaşanan Sorunlar

Afetler sonucu ortaya çıkan sağlık bakım hizmeti ihtiyacının artması ve sağlık altyapısını bozan iletişim, yönetim, ekipman, finans, sanitasyon, malzeme, sağlık iş gücü, fiziksel yapının yetersizliği ve yıkımı sorunları; hizmet sunumunu etkilediğinden, rutin tedavi programında bulunan, bakım gereksinimi olan kronik

hastalığı olan bireyler, tedavilerinin ve bakımlarının aksaması veya yapılamaması sonucu zorluk yaşamaktadır (Ford ve diğerleri 2006: 1). Kronik hastalıklara sahip bireylerin, önceden var olan tıbbi ihtiyaçları ve diğer afet öncesi sağlık sorunlarının veya semptom ve bulgularının yönetimi, desteği ve tedavisi ile birlikte, afet sonrası ortaya çıkan sorunları için de sağlık bakım hizmetlerine ihtiyaçları vardır. Örneğin, diyabet hastalığı olan birey, afette basit şekilde yaralanmasıyla dahi yara iyileşmesi geç olacağından enfeksiyon riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu tür hastalarda kan şekerinin düzenlenme ihtiyacının yanı sıra, yara bakımı da dikkate alınması gereken konular arasındadır.

Afet sonrası sağlık altyapısının zarar görmesi, artmış hasta yükü, afetzede sağlık personeli nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmada zorluk çekebilmektedir. Ayrıca, elektrik ve internet sisteminin olmayışı, ulusal tedarik zincirinin kesintiye uğraması, tıbbi kayıtların merkezi olarak tutulmaması, hastalarda medikal kaydın güncel bir örneğinin bulunmaması gibi sonuçlardan dolayı, kronik hastalığa sahip bireyler ilaç ve tıbbi cihaza ulaşmakta da güçlük yaşamaktadır. Afet sonrasında, ilaç ve tıbbi tedavisi kesintiye uğrayan kronik hastalığa sahip bireylerin, hastalıkları kontrolden çıktığı için hastalığın seyri hızla kötüleşebilir ve ölüm gerçekleşebilmektedir (Tomio ve Sato, 2014: 69, Kobayashi ve diğerleri, 2013:22) Örneğin, oksijen bağımlı kronik solunum yolu hastalığı olan birey, ona oksijen sağlayacak bir tüp ya da cihazı bulunmazsa, nefes darlığı kötüleşebilir, dakikalar içinde hayatını kaybedebilmektedir. Benzer şekilde pıhtı önleyici ilaçlarını düzenli şekilde almak zorunda olan kalp hastalığı, inme hastalığı olan bireyler, hipertansiyonu kontrol etmek için ilaç kullanan hastalar, düzenli insülin kullanarak kan şekerini kontrol eden hastalar, böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz alan hastalar, afet sonrası dönemde ilaç ve tıbbi cihaza ulaşamadığı için kronik hastalıkları akut durumlara dönüşebilmektedir (Mokdad ve diğerleri, 2005:3).

Kronik hastalığı olan hastalar, afet koşullarında diğer afetzedelere göre iki yönden dezavantajlıdır. İlki, kronik hastalığa yönelik ilaç kullanan hastaların, afette yaralanması ölümcül sonuçlar doğurabilir. Örneğin, pıhtı önleyici ilaç kullanan kronik kalp hastası, afet nedeniyle yaralandığı için, diğer bireylere göre iç kanama veya kan kaybı riskiyle daha fazla karşı karşıyadır.

İkincisi, afetler sırasında farklı tipteki kronik hastalığı olan bireyler arasında ilaç ve tıbbi cihaz yetersizliği, medikal kayıtlara ulaşılamamasının sonucu olarak tedavi rutininin bozulmasıyla hastalıkların kontrolden çıkması olarak sayılabilir (Greenough ve diğerleri, 2008:430). İlaç ve medikal kaydın yokluğu, kronik hastalıkları kötüleştirdiği için, sağlık sisteminin yükü ve tedavi maliyetlerinin artışına sebep olacaktır (Spiegel ve diğerleri, 2014: e295). Ayrıca tıbbi geçmişi bilinmeyen bir hastaya yapılacak tıbbi müdahaleler hastaya özel olamayacak, dolayısıyla hasta etkin tedaviyi alamayacak, ya da uygun tedaviyi geç almasına sebep olacaktır.

Literatür incelendiğinde, çalışmanın ilk hipotezi olan H1: "*Kronik hastalığa sahip bireyler, afet ve acil durumlar gibi beklenmedik olaylar karşısında diğer bireylere göre daha fazla risk altındadır*" hipotezinin doğrulandığı ve kabul edildiği görülmektedir.

2.3.3. Afet ve Acil Durumlarda Kronik Hastalıkların Yönetimine İlişkin Yapılmış Çalışmalar

Dünyanın uzun yıllardır tecrübe ettiği afet deneyimine karşın, bu konuda yapılan girişimler oldukça yenidir; ilk kez 2011 yılında Sphere İnsani Yardım Sözleşmesi ve Afet Yardımlarında Asgari Standartları belirleyen Sphere Projesinin El Kitabı'nda afetlerde hastalık alevlenmelerini önlemek ve ölüm oranlarını azaltmak için kronik hastalıkların mevcut tedavisinin kesintisini önlemeye odaklanan kısa bir giriş yapmıştır (The Sphere Project, 2011: 336). 2018 yılındaki güncellemede ise, afet ve acil durumlarda kronik hastalıkların akut komplikasyonları ve uzun vadeli yönetimi için önleyici programlara, teşhislere ve gerekli tedavilere erişebilmesini sağlamaya odaklanan daha geniş kapsamlı bir düzenleme önerilmiştir. Buna göre;

Kriz öncesi kronik hastaları ve onların sağlık ihtiyaçlarını belirlemek ve acil durumda hizmetlerin kullanılabilirliğini değerlendirmek ve özel gereksinimi olabilecek hastaların önceden tespit edilmesi (Örneğin, şiddetli KOAH, insülin bağımlı diyabet)

Kriz anında hayat kurtaran acil tedavilere ve acının azaltılmasına yönelik girişimleri uygulanması ve krizden önce belirlenen hastalarda ani tedavi kesintisinden kaçılması,

Kronik hastalıkların bakımının her seviyede sağlık sistemine entegrasyonu, gerekirse beslenme ve gıda güvenliğinin de hastalık yönetimine dahil edilmesi

Kronik hastalıklar için ulusal hazırlık programları oluşturulması, acil durum tıbbi malzemelerine kronik hastalıkların ilaçlarının da eklenmesi, kriz öncesi dönemde hastaların acil servislere nereden erişilebileceği ve yedek ilaçlar konusunda talimatların belirlenmesi gibi hazırlıklar önerilmiştir (Sphere Project, 2018: 344).

Kronik hastalıkları, afet yönetim döngüsü referans alarak Şekil 4'deki gibi yönetmeyi planlayan Slama ve arkadaşlarına (2017) göre, hedeflenen anahtar öncelik, olası afet durumunda tedavide kesintileri önleyerek akut bozulmaları veya alevlenmeleri önlemektir. Hazırlık stratejileri arasında;

Erken uyarı sistemi ve iletişim kanalları

Eğitim,

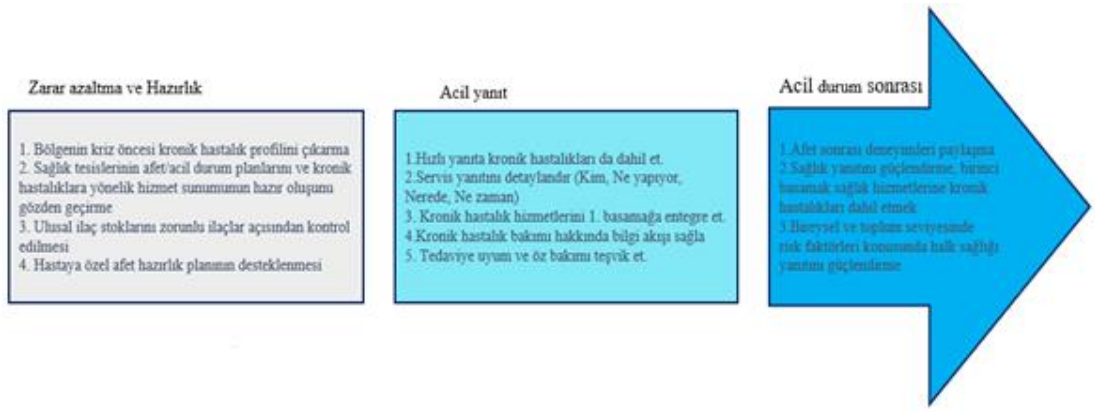
Stoklama,

Tahliye hazırlığı

Sosyal destek ağı oluşturma,

Kişisel kronik hastalık acil durum kitleri sayılabilir (Slama ve diğerleri, 2017: 327).

Şekil 4: Afet ve Acil Durumlarda Kronik Hastalıkları Yönetimi



(Slama vd., 2017: 327)

Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen 2015-2030 Sendai Afet Riskini Azaltma Çerçevesinde, Madde 30, (k) bendi, afetlerde kronik hastalıkların yönetimi ile ilgilidir. İlgili maddeye göre; "…hayatı tehdit edici ve kronik hastalığı olan kişiler,

afet ve acil durumların, öncesi, sırasında ve sonrasında hayat kurtarıcı hizmetlere erişim de dahil olmak üzere özel ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenecek planlara ve politikalara dahil edilmelidir" denmektedir (UNISDR, 2015:20). DSÖ çalışmalarına bakıldığında, kısıtlı kaynakları olan ülkelerde kronik hastalıkları yönetebilmek için, iki önemli girişimde bulunmuştur. Bunlar:

Temel Kronik Hastalık Müdahale Paketi (TKMP) ve

Kurumlar Arası Acil Durum Sağlık Kiti (KADSK)'dir.

Temel Kronik Hastalık Müdahale Paketi (TKMP), düşük ve orta gelirli ülkelerdeki yetersiz kaynak ortamlarında kalp hastalığı, felç, kardiyovasküler risk, diyabet, kanser, astım ve KOAH ın bakımını entegre etme ve ölçeklendirme için birinci basamak sağlık tesislerinde kullanılabilecek asgari bir bakım için hazırlanmış, sonrasında afetlerde de kullanılmaya başlanmıştır. Bu paketin içeriğinde sağlık personelinin eğitimi; temel ekipman, malzeme ve ilaçların sağlanması; fonksiyonel sevk sistemleri ve hasta durumunu izlemek için tıbbi araçlar bulunmaktadır (WHO, 2011b: 9-11).

DSÖ, 1984'ten yılında geliştirdiği Acil sağlık kiti ile çatışma veya doğal afet sonrasında sağlık altyapısının krizdeki nüfusun sağlık gereksinimlerine yardım sağlaması amacıyla, yaklaşık 3 aylık süreyle 10.000 nüfusun için gerekli ilaç ve malzemeleri sağlamaktaydı (WHO, 1984:8). 1990 yılından itibaren acil sağlık kiti, Kurumlar Arası Acil Durum Sağlık Kiti (KADSK) olarak değişmiş, yıllar içerisinde sık görülen hastalıklar ve afet ve acil durumlarda değişen ihtiyaçlarına ve etkilenen nüfusların sağlık profillerine daha iyi uyması için gerekli görülen eksiklikleri tamamlamak adına bileşimi birkaç kez gözden geçirilmiş, güncellenmiştir. Bu sürede acil müdahale kiti, cerrahi kit, üreme sağlığı kiti ve Parkinson, epilepsi gibi nörolojik kökenli kronik hastalıklar için ilaçlar eklenmiş (WHO, 2010: 25; WHO, 2011b:6), hatta sıtma, kolera ve HIV gibi hastalıklar için de bir kit eklenmiştir.

Son güncellenmiş hali olan KADSK 2017'e göre;

Yaklaşık üç ay boyunca 10.000 kişinin ilaçlarını ve tıbbi cihazlarını içerir.

KADSK, temelde rutin sağlık hizmetlerine sınırlı erişimi olan nüfusun acil durumun erken safhasında kullanılmak üzere tasarlanmış, önceden paketlenmiş ve derhal gönderilmeye hazır tutulan standart bir acil durum kitidir.

KADSK, aşılama ve beslenme, üreme sağlığı hizmetleri, HIV / AIDS, tüberküloz ve cüzzam tanı ve tedavisi, büyük cerrahi operasyonlar ve kronik hastalıkların tedavisini karşılayacak şekilde tasarlanmamıştır (WHO, 2019b:8).

KADSK, acil durum ve afetlerde, bölgedeki kronik hastalıkları yönetmek ve yeni tanı konması için tasarlanmamıştır ve bu amaca ulaşmak için gereken ilaçları ve tıbbi cihazları içermez (Slama ve diğerleri; 2018: 92) Bu nedenle uzun süren insani müdahaleler, çatışma ve göç gibi afetlerde yetersiz kalmaktadır.

2.4. AFET YÖNETİMİ

Afet yönetimi, bir felaketten kaçınmak, etkisini azaltmak veya zararlarından mümkün olduğunca en az etkilenmek amacıyla bir afetin öncesinde, sırasında ve sonrasında alınabilecek tüm plan, önlem ve girişimlerin toplamıdır. Literatür incelendiğinde; afet yönetiminin çeşitli boyutlarına dikkat çeken çok sayıda tanım bulunduğu saptanmıştır. Ergünay (2008) afet yönetimini, bir afet sonucunda ortaya çıkabilecek olası sorunların önlenmesi ve kayıpların azaltılması maksadıyla bütün toplumu kapsayan bir plan oluşturulması, desteklenmesi, doğru ve etkin şekilde yönlendirilmesi, koordine edilmesi, gerekli yasal uygulamaların oluşturulması veya güncellenmesini gerektiren bir yönetim kavramı olarak açıklamıştır (Ergünay, 2008: 100). Akyel ise, afet yönetimi sürecinin devamlılık gerektiren, dinamik bir yönetim faaliyeti olduğundan bahsederek, afet yönetiminin, ortaya çıkan afetin büyüklüğü ve çeşidi ile orantılı olarak şekil alabilen bir yapı olduğuna dikkat çekmiştir (Akyel, 2007: 32). Karaman (2016) afet yönetiminin, merkezine kamu yönetimini aldığı çok aktörlü bir yönetim faaliyeti olduğuna vurgu yaparak, "planlamadan kontrole" disiplinlerarası bir çalışma süreci olduğu ve afet farkındalığının bir kültür olarak topluma yerleştirilmesi konusunu vurgulamış, bütünleşik afet yönetimine dikkat çekmiştir (Karaman, 2017b: 3).

AFAD afet yönetimini; "afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması amacıyla bir afet olayı öncesi, sırası veya sonrasında yapılması gereken çalışmaların planlanması, yönlendirilmesi, koordine edilmesi ve uygulanabilmesi için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla kaynaklarının bu ortak amaç doğrultusunda yönetilmesini

gerektiren çok yönlü, çok disiplinli, çok aktörlü, oldukça geniş kapsamlı, dinamik ve karmaşık bir yönetim süreci" olarak tanımlamıştır (AFAD, 2014: 33).

Afet yönetiminde; risk yönetimi ve kriz yönetimi aşamalarını iç içe geçmiş durumdadır. Afet öncesi zarar azaltmaya yönelik çalışmalar, tahmin ve erken uyarı sistemi, planlamalar, afet risk yönetimine dahilken, afet sırası tepkisel müdahaleler ve sonrasında iyileştirme evresi, kriz yönetimini içine almaktadır.

Bütün, parçaların toplamından farklıdır. Risk yönetimi çalışmaları, afet yönetiminin büyük kısmını oluştursa da, kriz yönetiminde verilecek kritik kararlar, afet yönetiminin başarısını etkileyecektir.

Bütünleşik afet yönetimi dört ayrı bileşene dayanmaktadır (Coppola, 2015:12).

Zarar azaltma evresi,

Hazırlık evresi,

Müdahale evresi,

İyileştirme evresi.

2.4.1. Zarar Azaltma Evresi

Önleme veya risk azaltma olarak da adlandırılan zarar azaltma, genellikle afet yönetiminin başlangıç noktası olarak kabul edilir. Risk yönetimin en önemli ve ilk evresi zarar azaltma evresidir. Zarar azaltma; uzun vadede oluşan tehlikeli durumların ve bunların etkilerinden kaçınmayla meydana gelebilecek can ve mal kaybının oluşmamasını, azaltılmasını ya da tamamen yok edilmesini hedefleyen, eğer bunlar gerçekleşemiyorsa, riski kabullenerek; risk aktarma, paylaşma ve dağıtma ile devam eden, insanların ve sistemlerin afetlere direncini artıran, sürekliliği olan faaliyetlerdir (Kadıoğlu, 2008: 14). Arıkan ve Mergen, zarardan korunmak ve zararın azaltılması adına yapılan tüm müdahaleleri afet güvenliği olarak tanımlanmaktadır (Arıkan ve Mergen, 2019: 275). Etki azaltma, tehlikeyi kabullenerek, toplumu mümkün olduğunca daha az etkileyecek şekilde "tedavi etmeyi" amaçlar (Coppola, 2015:12).

Afet riskini azaltma konusunda uluslararası girişimler, 1987 yılında BM' in 1990-1999 yıllarını "Uluslararası Afet Zararlarının Azaltılması On Yılı" ilan etmesi ve uluslararası iş birliği ve dayanışma çağrısı ile başlamış, 1994 Yokohama Stratejisi

ve Eylem Planı ile afet zararlarının azaltılmasına yönelik ilk somut plan ile devam etmiştir.

2000 yılında Uluslararası Afet Zararlarının Azaltılması Stratejisi ile sürdürülebilir kalkınma ve afet arasındaki bağlantı açıklanmıştır. 2002 Johannesburg Eylem Planında zarar görebilirliklerin tespiti ve ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerin, afet riskinin önlenmesi açısından öneminden bahsedilmiştir. 2005-2015 Hyogo Eylem Çerçevesi, uluslararası düzeyde afet riskini azaltma konusunda oluşturulan en kapsamlı planda risklerin ve güvenlik açıklarının tanınması, izlenmesi, erken uyarı, ayrıca toplumun her kademesinin afete karşı dirençli hale gelmesi ve ulusal ve bölgesel çok disiplinli idari yapıların kurulması amaçlanmıştır. 2015- 2030 Sendai Çerçevesi, Hyogo Eylem Çerçevesinin devamı niteliğinde olup, ek olarak 2030 yılına kadar afet riskini yönetmek için afet risk yönetişiminin güçlendirilmesi ve sürdürülebilir kalkınma ile entegrasyonu, etkili müdahale için afet hazırlığının arttırılması ve yeniden yapılanmada "daha iyi geri dönme" konularında dört öncelikli eylem ve yedi hedef belirlenmiştir (UNISDR, 2015: 3-14).

Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri, risk azaltma ve hazırlık düzeyleri, afetlerin etki alanını çizmektedir. Gelişmekte olan ülkeler, sanayi ve kalkınmaya yönelik politikalarında afetleri de dikkate alan, dinamik yaklaşımları benimsemelidir. Aksi halde, afet nedeniyle kalkınma kazanımlarını kaybetme tehlikesi yaşamaktadır (Tiryakioğlu, 2016:195).

Afet riski yönetimi ve zarar azaltma evresinde, öncelikle sorumlu olunan bölge ve popülasyon ile ilgili veri toplanır. Toplumun özellikleri, kültürü, tarım veya sanayi bölgesi olması gibi değişkenler göz önünde bulundurulmalıdır. Coğrafi Bilgi Sistemlerinin (CBS) yardımıyla bölgenin afetsel özellikleri ve yapısal ve yapısal olmayan riskleri belirlenerek risk haritası çıkarılmalıdır. Önceki afet durumları gözden geçirilerek en yüksekten en düşüğe riskler belirlenmeli ve afet riskini azaltmaya yönelik çalışmalar ile öncelikle afetin oluşması engellenir ya da olma olasılığı en aza indirgenir. Bunun için erken uyarı ve tahmin sistemlerinden de yardım alınmalıdır. Her zaman en kötü senaryo göz önünde bulundurularak, karşı karşıya kalınacak riskler sürekli izlem ve değerlendirme ile güncellenir, toplum bilgilendirilmelidir (Ekşi, 2013: 41). Örneğin, İngiltere'de Topluluk Risk Kayıt ve Acil Durum Hazırlık Rehberi ile yaşanılan coğrafi bölgenin risk değerlendirmesi ve önümüzdeki 5 yıl içerisinde,

tehlikeli olayın gerçekleşme olasılığı; olayın ortaya çıkması halinde sağlık, ekonomi, çevre ve toplum üzerindeki muhtemel etkileri ve zarar azaltma yöntemlerini halkın erişimine sunulmuştur (North of Scotland Regional Resilience Partnership, 2018:1-28).

2.4.2. Hazırlık Evresi

Hazırlık çalışmaları risk yönetiminin ikinci aşamasıdır. Zarar azaltma çabalarına rağmen, kaçınılamayacak afet riskine karşı, felaketten etkilenebilecek veya etkilenenlere yardım edebilecek kişilerin hayatta kalma şanslarını artırmak, finansal ve diğer kayıplarını en aza indirmek için yapılacak planlama ve hazırlıkları içerir. Afete hazırlık eylemleri ve faaliyetlerinde; bireysel, yönetimsel ve toplumsal parçalar birleşip birbirini tamamlayarak bir bütün oluşturmaktadır. Yönetimsel hazırlık faaliyetleri; planlama, tatbikat, eğitim, uyarı ve duyuru sistemleri, medya kullanımı, ekipman temini ve yasal düzenlemeler başlıklarını içerir (Coppola, 2015: 275). Bireysel hazırlık, kurumsal çabalarla oluşturulan halk eğitim ve farkındalık eğitimlerinin ve erken uyarıların bir sonucu olarak afete dirençli toplumlar oluşturup yanıt kapasitesini artırmayı amaçlamaktadır.

Afet olmadan önce yapılacak planlar, afet öncesi, sırası ve sonrasında sadece ne yapmaları gerektiğini değil, aynı zamanda hangi olayda neye ihtiyacı olacağını, nasıl yapacaklarını, hangi ekipmanları ve birimleri kullanacaklarını ve diğer birimlerin nasıl yardım edeceklerini önceden bilmek zorundadır. Tüm bu detaylar, planlama aşamasında ortaya konulmaktadır. Ülkemizde TAMP (Türkiye Afet Müdahale Planı), her tip ve ölçekteki afet ve acil durumların müdahalesinde görev alacak, kamu, özel, STK (Sivil Toplum Kuruluşu) ve bireyleri plana dâhil eder, eşgüdüm halinde çalışmasına olanak vererek, can, mal kayıplarını en aza indirmeyi, kaynakların etkin kullanılmasını sağlayan, operasyon sırası ve sonrasında oluşabilecek sorunları en aza indirgemeyi amaçlayan yasal bir düzenlemedir (AFAD, 2013: 1).

Afete kurumsal hazırlık yapılırken;

Afet ve acil durum senaryolarının oluşturulması ve tatbikatlar (masa başı ve saha) yapılması, raporlama ve kayıt tutma ile senaryoların işlevinin değerlendirilmesi,

gerekirse yeni düzenlemeler yapılması, uluslararası koordinasyon gereken durumların belirlenmesi

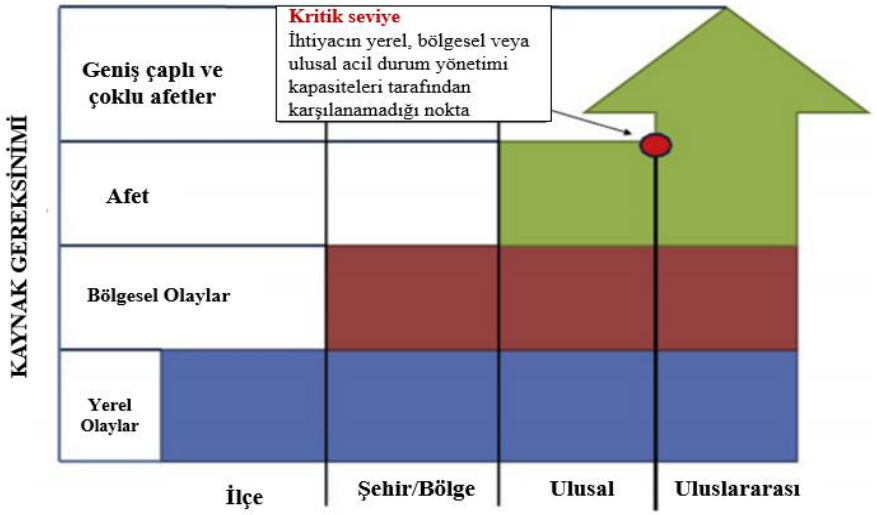
Afetlere müdahale evresinde kurumlararası iş birliğinin sağlanabilmesi için yasal yükümlülükler ve korumalara yönelik düzenlemeler yapılması, bilgi yönetiminin ve medya hizmetlerinin planlanması.

Afet ve acil durum eğitimleri, arama ve kurtarma, acil sağlık hizmetleri, yerinde tahliye ve / veya sığınak, sağlık ekipmanları, ilaçlar, yiyecek, lojistik sistemler, gönüllü ve bağış yönetimi, ulaşım, trafik kontrolü, güvenlik ve çevre kontrolü, cenaze ve kimliklendirme, yangın söndürme, cezaevi hizmetleri gibi hizmet ve kaynakların temini, hizmet yerlerinin planlanması ve finansal yönetimi konuları önceden belirlenmektedir (Ekşi, 2016: 124-126).

Afet öncesinde, bölgedeki insan kaynaklarının kullanılabilirliğini araştırmak ve bu doğrultuda eğiterek sürece hazırlamak önemlidir. Afet ve acil durumlarda gönüllü desteği, insan kaynağına en çok ihtiyaç duyulan bu dönemde çok boyutlu olarak kullanılabilmektedir. Gönüllü yardım ekipleri, erken uyarı, bölgeden tahliye ve nakil, yardım dağıtımı, güvenlik, ilkyardım ve hatta basit tıbbi işlemler için kullanılabilir. Gönüllü çalışmalar, kritik dönemde eksikleri tamamlayıp idari kapasiteyi destekleyerek, toplumda güven duygusuna katkıda bulunmaktadır (Karaman, 2018: 502).

Planlamalar geleceğe yönelik yapıldığından, esnek olunmalı, alternatif planlar belirlenmeli, her bir afet tipi ayrı ayrı ele alınarak yapılan planlamalar ile etkilenme olasılığı yüksek tehlikelere ve nüfuslara yönelik senaryolar ve müdahale planları oluşturulmalıdır. Değerlendirme sonrası, öngörülen tehlikeler risk altında olan nüfuslara yönelik eylem planları ve prosedürler bir acil durum veya afetin ilk 72 saatindeki ihtiyaçların karşılanmasına yönelik müdahale faaliyetlerinin başlatılmasında yol gösterecek şekilde hazırlanmaktadır. Kurumsal afet planları, beklenen afetin büyüklüğüne ve olaya bağlı olarak önemli ölçüde değişkenlik gösterir. Yerel yönetimlerden, bölgesel, hatta ulusal ölçekte gelişebilecek afetlere kadar yapılacak acil durum ve afet planları birbirine eklenerek devam eder. Şekil 5'te, ülke kapasitesini aşabileceği öngörülen geniş çaplı ve çoklu afetlerde uluslararası kaynakların kullanılma eşiğini ve gerektiğinde planlamalara dâhil edilme süreci gösterilmiştir (Coppola, 2015: 283).

Şekil 5: Afetlerde Kaynak Gereksinimi Planlaması



(Kaynak: Coppola, 2015: 283)

AFAD (2013) TAMP (Türkiye Afet Müdahale Planı)'ında afetlerle ilgili göz önünde bulundurulması gereken varsayımlara, "…yiyecek, içecek, giyecek, barınma ve benzeri acil yardım ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve temininde acil yardım süresinin 15 günden daha fazla olabileceği…"ni belirtmiştir (AFAD, 2013: 6). Geniş kapsamlı bir afette, etkilenen alanın büyüklüğü, iletişim kaybı ve kapanan yollar nedeniyle tüm afetzedelere ulaşılması günler sürebilmektedir. Bu nedenle kurumsal bir yardım gelene kadar bireysel, komşu ve yakın çevreden gelen çabalar afetin kaotik ilk zamanlarında büyük önem taşımaktadır. Ayıca, afet ve acil durumlarda ne yapacaklarını, nereye sığınacaklarını bilmeleri, toplumda afetlere eşlik eden korku, endişe ve kayıpları azaltabilmektedir (FEMA, 2004:7).

Afete bireysel hazırlıkta asıl hedeflenen afet farkındalığını artırmak, risklerin tanınması ve güvenlik kültürünü yerleştirerek davranış değişikliği oluşturmaktır. Çakır, güvenlik kültürünü; muhtemel risk ve tehlikelerin farkında olup, bunlara karşı önlem alma, donanımlı hale gelme ve güvenli davranış oluşturma şeklinde tanımlamıştır (Çakır, 2019: 119). Afet öncesi güvenlik kültürü geliştirmek ve davranış değişikliği oluşturmak için kitle iletişim araçları, eğitimler gibi iletişim araçlarıyla aşağıda belirtilen noktalar amaçlanır:

1. Toplumun her kademesinde tehlike riskinin farkındalığını oluşturmak,
2. Afet ve acil durumlara karşı davranış değişikliği kazandırmak

Afet öncesi risk azaltma ve paylaştırma davranışı:

Afet öncesi hazırlık davranışı:

Afet sırası müdahale davranış:

3. Afet ve acil durum uyarıların anlamları ve reaksiyonunu toplumun tüm bireylerine öğretmek

Afet sonrası kurtarma davranışına yönelik özel eğitimler

Şekil 6: Afete Bireysel Hazırlık Döngüsü



Kaynak: FEMA. https://www.fema.gov/media-library/assets/images/179379

FEMA, afete bireysel hazırlık şemasında (Şekil 6), afet ve acil duruma bireysel hazırlıkta yapılması gerekenleri görsel hale getirmiştir. Buna göre; bireyler öncelikle bölgedeki risklerin belirlenmesi ile başlayan planlama süreci, sonra zarar görebilirlik değerlendirmesi, zarar görebilirlikleri ortadan kaldırma, azaltma yöntemi, riskle karşılaşma halinde kullanılmak üzere acil durum hazırlık çantası, her bir afet tipi için faklı düşünülmüş aile afet ve tahliye planı ve tatbikatlar ile planı uygulanabilir ve düzeltebilir kılma ve son olarak planı sosyal ağı ile paylaşarak afet ve acil durumlarda hayatta kalma ve en az kayıpla atlatma şansını elde etmektedir (FEMA, 2019).

2.4.3. Müdahale Evresi

Risk yönetimi çalışmalarına rağmen önlenemeyen afetin, kriz aşamasını ve sonrasını yönetme aşaması olan müdahale evresi; afet esnasında ya da hemen ardından, mümkün olduğunca en kısa süre içerisinde çok sayıda insan hayatını kurtarma, yaralı olanları tedavi altına alma, açıkta kalan insanların, "… barınma, beslenme, tahliye, korunma, ısınma, güvenlik, psikolojik destek gibi" gereksinimlerini karşılama faaliyetlerinin sürdürüldüğü evredir. Kriz yönetimi evresinde yapılan müdahaleler pek çok riski de beraberinde getirdiğinden, aslında her aşamada kriz ve risk yönetimi birlikte işlemektedir. Bu aşamada yapılması gereken tüm çalışmalar, devletin bütün kaynak ve güçlerinden faydalanarak en hızlı ve en etkili yöntemlerle afetin gerçekleşmiş olduğu bölgede uygulama yapılmasını hedeflediğinden iyi bir iş birliğini gerektirmekte ve olağanüstü hazırlıkların yapılabilmesi için gereken özel yetki ve sorumluluklara gereksinim duyulmaktadır (Şahin, 2009: 135).

Bir afet durumunda, işlerliği duran ya da azalan kritik alt yapı hizmetlerinin müdahale evresinde hızla tespit edilip, işlerlik kazandırılması gerekmektedir. Afetin tipi, etkilediği alana ve nüfusa göre yönlendirilecek kaynağın ihtiyaçlar çerçevesinde belirlenmesi, kritik çevresel sorunların yeni bir afete yol açma ihtimalinin belirlenmesi ve önlem alınması Hızlı Çevresel Etki Değerlendirmesi (Hızlı ÇED) ile mümkün olabilmekte, afet sonrası toplumun daha hızla toparlanabilmesi için bir fırsat sunmaktadır (Karaman, 2016: 15). Afet ve acil durumun ilk dakikalarından itibaren, kurtarma, itfaiye, acil tıbbi bakım ve güvenlik güçleri ilk görevlendirilecek olan ekiplerdir. Çevrede bulunan diğer kişiler gönüllü olarak katılmakta olup iyi yönlendirilmeleri durumunda yardımlarından yararlanılabilir. Bu durum sağlanamıyorsa bu kişiler müdahaleleri önleyici unsurlar olarak faaliyetler üzerinde olumsuz etkilere neden olacaktır. Müdahale evresinde göz önünde bulundurulması gereken belli başlı uygulamalar şunlardır (AFAD, 2013: 36).:

Arama ve kurtarma çalışmaları

Acil tıbbi bakımın sağlanması, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi, bulaşıcı hastalıklara karşı önlem alınması,

Haberleşme, enerji, ulaşım, güvenlik ve trafik sorunlarının çözülmesi,

Alt yapıdan kaynaklanan, yangın, elektrik kaçakları, gaz sızıntısı ve sel suları gibi risk oluşturan unsurların ortadan kaldırılması, KBRN (Kimyasal Biyolojik Nükleer Tehditler) kontrolü, güvenlik

Afet bölgesinin tahliyesi, enkaz kaldırma,

Barınma, gıda, giyecek gibi temel ihtiyaçların temini ve ihtiyaç sahiplerine dağıtılması, psikososyal destek sağlanması,

Zarar görmüş tarım ve hayvancılık ürünlerinin kontrolü, gıda güvenliğinin sağlanması,

Atıkların bertarafı,

Ölülerin defnedilmesi.

Afet öncesi ve sonrasında sosyal yönden önemli derecede pek çok sorunlar oluşabilir. Afet nedeniyle göç, işsizliğin çoğalması, geçim kaynaklarının zarar görmesi başlıca sorunları oluşturmaktadır. Afetten sonra insanların yeniden normal hayata devam etmeleri, iş olanaklarının sağlanması, geçim kaynaklarının temin edilmesi gibi önlemler alınmalıdır. Yapılan bu yardımlar, "Afete Müdahalede Asgari Standartlar ve İnsanı Yardım Sözleşmesi"nde de: "Temel insani gereksinimleri karşılamak ve insanlara saygın bir yaşam sunmak tüm insani girişimlerin temel prensibidir" olarak yer almaktadır (Sphere Association, 2018: 6). Dolayısıyla yapılacak insani müdahalelerin insan onuruna yakışır şekilde ve asgari standartlara uygun şekilde yapılması gerekmektedir.

2.4.4. İyileştirme Evresi

Büyük afetler, etkilenen insanların yaşam ortamlarında ani ve büyük çapta kaymalara neden olmaktadır. Büyük bir felaket sonrasında mağdurların hem bireysel sorunları hem de maddi zararları devam ettiğinden normal hayatlarına devam etmekte zorluk çekebilirler. Büyük bir felaketi izleyen olağanüstü günlerde, afetzedelerin günlük hayatlarını yeniden kurabilmeleri ve kendi kendilerine yetebilmeleri için, yardım kuruluşlarından ve destekçilerden etkili bir yardım alma, hayati önem taşımaktadır. İyileştirme evresi adı verilen bu dönemde yapılan faaliyetler; afete maruz kalan toplumun yaşam koşullarını yeniden inşa etmek amacıyla, meydana gelebilecek

afet risklerini en aza indirgemek için planlı bir şekilde ve gereken düzenlemelerin yapılması doğrultusunda alınan kararların tamamını içermektedir (Şahin, 2009: 135).

Afetler sonucu meydana gelen acil durumla ilgili çalışmalardan sonra ivedilikle yapılması gereken şey, zarar gören topluluğun afet öncesi yaşam koşullarına yeniden kavuşturulmasıdır. "İyileştirme evresinde ana hedef, afete uğramış toplulukların, haberleşme, ulaşım, su, elektrik, kanalizasyon, eğitim, sosyal aktiviteler, geçici ve kalıcı iskân, çalışma ve ekonomik alanlardaki aktivitelerinin asgari düzeyde karşılanarak, zaman içerisinde geliştirilerek devamını sağlamak ve sonuçta etkilenen insanlar için afet öncesinden daha güvenli ve gelişmiş bir yaşam çevresi oluşturmaktır" (Alp, 2009: 21).

Afet politikasının temel etkinliği, yaşanan afet sonrası kapsamlı bir afet iyileştirme planının yapılması ve uygulanmasıdır. Yerel topluluklar da bu iyileştirme çalışmalarının içerisinde görev almalıdır. Yeni bilgilere, bulgulara, çıkarılan derslere, en iyi uygulamalara bakılarak eski planlar revize edilerek yeni planlamalar yapılır. "İyileştirme sürecinde yerel yönetimlerin de sorumlulukları vardır. İyileştirme ve zarar azaltma arasındaki kaynak kullanma dengelerine ilişkin ilkeler geliştirilmelidir. İyileştirme planları, ilgili tüm yönetim birimleri ve kuruluşların eşgüdümünü sağlamalıdır. İyileştirme planları gerçekçi ve uygulanabilir olmalıdır" (Akyel, 2007: 37).

Kronik hastalığı olan bireyler, afet öncesi dönemde, kendilerine özgü gereksinimleri nedeniyle zarar görebilir gruplar içerisinde yer alırlar. Afet gerçekleştiğinde ise, çevre koşulları (hava kirliliği, aşırı sıcak ve soğuk hava) maruziyeti, beslenme, su, elektrik, iletişim ve ulaşım kaynaklarındaki kesintilerin veya yetersizliklerin yol açtığı olumsuzluklar, barınma, güvenlik, tahliye sorunları ve sağlık hizmeti alamamaya veya yetersiz almaya bağlı yaşanabilecek tüm sorunlar, hastalıklarının kötüleşmesine ve hayatlarını tehdit etmeye sebep olur.

Afet ve acil durumlara yönelik hazırlık çalışmaları bireysel, kurumsal ve yönetsel ölçekte planlanırken, özel gereksinimler ve durumlar göz önünde bulundurulmalı, zarar görebilirliklerin tespit edilerek azaltılmasına özen gösterilmelidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN AFETLERE HAZIRLIK SEVİYELERİ

3.1 ARAŞTIRMA SORUSU

Bu araştırmada, olası afet durumunda zarar görebilir nüfus gruplarından olan kronik hastalığa sahip bireylerin, afete hazırlık algısını ve hazırlık davranışlarını etkileyen değişkenlere yanıt aranmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, kronik hastalığa sahip bireylerin ve hasta yakınlarının, afet ve acil duruma hazırlık inancını tespit ederek, elde edilen bilgiler ışığında, olası afet ve acil durumlara yönelik hazırlık bilincini artırmaya yönelik planlamalar ile afet sonrası kayıpların en aza indirgenmesi hedeflenmektedir.

3.3. ARAŞTIRMA HİPOTEZİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013-2020 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Yönelik Küresel Eylem Planında, kronik hastalıkların her yıl dünya üzerinde 41 milyon kişinin ölümünden sorumlu olduğu ve bu rakamın, tüm ölümlerin %71' ine karşılık geldiği açıklanmıştır (WHO, 2013:1). Günümüzde çeşitliliği giderek artan doğa ve teknolojik olaylar, kurumların ve bireylerin hazırlıksız olmalarının da etkisiyle afete dönüşmektedir. Afetler hem çevresel koşullar değiştiği hem de bakımı kesintiye uğrattığı için, kronik hastalıklarda alevlenmeye yol açmaktadır (Mokdad ve diğerleri, 2005:1).

Hipotez 1- *: Kronik hastalığa sahip bireyler, afet ve acil durumlar gibi beklenmedik olaylar karşısında diğer bireylere göre daha fazla risk altındadır.*

İlk hipotezimiz, derinleme literatür taraması ile açıklanıp tartışılacaktır.

Hipotez 2*- Kronik hastalığa sahip olan bireyler hayat boyu engel ve zorluklarla, tıbbi kontrole ilaca ve desteğe bağlı yaşadıklarından, afet ve acil duruma karşı risklerin farkında olarak ihtiyatlı ve planlı davranış gösterirler.*

Kronik hastalıklara sahip bireyler, bakım ve tedavi gereksinimiyle afetlerde kırılgan durumdadır. Kronik hastalığa sahip bireylerin afetlerden en az etkilenmesini sağlamak için afet öncesi, sırası ve sonrasında planlama ve yönetim aşamalarında, özel hazırlıklar gerekmektedir (Slama ve diğerleri, 2017: 327). Kurumsal reaksiyonun yavaşladığı acil/afet durumların özellikle ilk 72 saatinde bireysel ve toplumsal yaklaşımlar ön plana çıkmakta, hayat kurtarıcı olmaktadır.

Günlük rutinde kendi hastalıklarını yönetmek ve olumsuz durumlara hazırlıklı olmak zorunda kronik hastalığa sahip bireylerin, afet ve acil durumlara karşı ihtiyatlı ve planlı davranış gösterip göstermediği, İnal ve Doğan (2015) tarafından geliştirilen, 45 maddelik "Sağlık İnanç Modeline Dayalı Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği" ile test edilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Araştırmanın özel gereksinimleri nedeniyle afetlerde zarar görebilir olarak nitelendirilen kronik hastalığa sahip, engelli, yaşlı ve bakıma muhtaç bireyleri kapsaması, ayrıca, araştırma grubunun %35,9'unun Suriyeli hastalardan oluşması, savaşa ve göç afetine maruz kalan ve dil engeli bulunan hastalara ulaşılması araştırmayı özgün bir hale getirmektedir.

Bu araştırma sonucunda elde edilen veriler, kronik hastalığa sahip bireylerin afet ve acil durumlara hazırlık inancını etkileyen faktörlere ışık tutması neticesinde hazırlığı artırmaya yönelik girişim ve politikalarda yol gösterici olacaktır.

3.5. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI

Evde sağlık hizmeti, daha önce tanısı konmuş çeşitli hastalıklara ve durumlara bağlı olarak, ev ortamından ayrılamayan (kronik hastalığa sahip, engelli, yaşlı, yatağa

bağımlı) bireylere, bulunduları yerde muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon, psikolojik ve danışmanlık hizmetleri sağlanmasını içerir.

Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergeye göre; Evde Sağlık Hizmetinden yararlanabilmek için birkaç yöntem bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 2010: 3895 sayılı onay):

Evde sağlık hizmet almanın ilk şartı hastanın veya kanuni temsilcilerinin bilgilendirilmiş onay formu ile rızasının alınmasıdır.

Hastalar veya aile bireylerinin Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formunu doldurarak aile hekimlerine ya da toplum sağlığı merkezi aracılığıyla başvurmasıyla, Sağlık Bakanlığının 444 38 33 numaralı Evde Sağlık Hizmetleri çağrı merkezine kayıt oluşturmak,

Kişinin bağlı bulunduğu aile hekiminin evde sağlık hizmetine olan ihtiyacı belgelendirmesi veya

Hastanede tedavisi tamamlanan hastanın, ilgili klinik tarafından ev koşullarında tedavisinin devam etmesi için hastane içindeki evde sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi şeklinde olabilmektedir.

Başvurular sonrası, bağlı bulunan il sağlık müdürlüğüne bağlı koordinasyon merkezi, bireyi ev koşullarında değerlendirmek için sağlık personellerinden oluşan bir ekip görevlendirerek hizmete ihtiyaç derecesi belirlenir. İhtiyacı saptanan bireyler kayıt altına alınarak, rutin, randevu usülü veya gerektiğinde sağlık ve diğer destek hizmetler verilir.

Araştırma, İzmir İli Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı bulunan kronik hastalığa sahip, engelli, yaşlı veya yatağa bağımlı bireylerden oluşmaktadır.

3.6. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırma, sadece İzmir ili Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı hastaları kapsaması nedeniyle sonuçlar İzmir ilindeki tüm kronik hastalığa sahip olanları kapsamayabilir.

Sadece gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireyler ve bu bireylerin yakınları üzerinde yapılabilmesi kısıtlılık olarak görülmektedir.

Araştırma, hastalığa sahip kişilerin cevaplama yetisi olmadığı durumlarda, vasilerinden bilgi alınarak yapılmıştır. Bu durum, kronik hastalığa sahip bireylerin bireysel hazırlığa yönelik bilgisini ve eğilimini açıklama yönünde kısıtlılık olarak görülmektedir.

3.7. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırma modeline, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ve yönteme, verilerin kullanımı ve analizine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.7.1. Araştırmanın Modeli

Nicel araştırmalar, olgu ve olayların, veri toplama yöntemleri yoluyla sayısal hale getirilmesi, hesaplama tekniklerini kullanarak, ölçülmesi ve karşılaştırılmasıyla bunları insan grupları arasında genellemeye veya belirli bir fenomeni açıklamaya odaklanır (Babbie, 2009: 91). Bu araştırmada, toplanan verilerin sayısal sonuçlarına dayanarak çıkarımlar yapılması, araştırmayı nicel araştırmalar kapsamına alır.

Betimsel araştırma deseni, incelenmekte olan popülasyonun veya fenomenin özelliklerini tanımlayan bir araştırma yöntemidir. Betimsel araştırma, geçmişte olan ya da var olan bir fenomenin "nedenine" odaklanmadan, bir demografik bölümün doğasını tanımlamaya odaklanmaktadır (Babbie, 2009:94; Karasar, 2012:79-81, Altunışık ve diğerleri., 2010:322). Araştırma, betimsel araştırma deseninde kronik hastalığa sahip bireylerin afete hazırlık seviyeleri ve algılarını tanımlamaktadır

Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Hastaların ikamet ve iletişim bilgilerine İzmir İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki Evde Sağlık Hizmetleri koordinasyon biriminden ulaşılmıştır. Hasta veya yakınlarına önce telefon ile aranarak ziyarete gelineceği bilgisi verilmiş, kabul eden hastaların evlerine, takip eden hafta içinde gidilerek hasta ve hasta yakınları ile ev ortamında yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır.

3.7.2. Evren ve Örneklem

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetlerine 2020 Ocak ayı itibarıyla kayıtlı 26.240 hasta bulunmaktadır. Çalışmanın evrenini bu sayı belirlemektedir.

Örnekleme yöntemlerinden en genellenebilir olanı basit tesadüfi örneklemdir ve bu yöntemin kullanılabilmesi için evrenin listesine ulaşılması gerekmektedir (Kurtuluş, 2010: 61). İzmir ili Evde Sağlık Biriminin ilettiği hasta listelerinden, ankete gönüllü katılmayı kabul eden hastalara ulaşılmıştır.

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için, Yazıcıoğlu ve Erdoğan'ın oluşturmuş olduğu evren ve örneklem tablosundan yararlanılmıştır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004:50). Aşağıda yer alan tabloda 25000 kişilik evren için %95 Güven düzeyi, 0,05 hata payı ile, en az 244 kişilik bir örneklem olması gerektiği görülmektedir. Çalışmada, 251 hastaya ulaşılarak veri toplanmıştır. (Ek 1).

3.7.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.7.3.1.Bağımlı Değişkenler

Kronik hastalığa sahip bireyin genel afete hazırlık inanç ölçeği puan ortalaması, araştırmanın bağımlı değişkenidir.

3.7.3.2.Bağımsız Değişkenler

Hastanın yaşı, kilosu, eğitim durumu, medeni durumu, sağlık güvencesi, uyruğu, kronik hastalık sayısı, Hasta/Yaşlılık Bakım ödemesi alıp almaması, engellilik durumu, hastaneye yatışın üzerinden geçen zaman vb. bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.7.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma sürecinde bilimsel ve evrensel yayın etik ilkelerine uyulmuştur. Bu kapsamda, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırma ve Yayın

Etik Kurulu'ndan, etik kurul için dilekçe verilmiş ve etik kurul izni alınmıştır (Ek-2, Ek 3).

Araştırmanın yapılması için öncelikle İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden hasta bilgilerine ulaşabilmek ve ekip desteği alabilmek için, İzmir Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığından araştırma ön izni alınmıştır (Ek-4).

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü AR-GE Araştırma izin taleplerini değerlendirme komisyonu tarafından araştırma yapılması için araştırma izni alınmıştır (EK-5).

Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği kullanım izni için, ölçeği geliştiren araştırmacılardan olan Ebru İnal'dan mail yoluyla izin alınmıştır (Ek-6).

Katılımcılar ve vasilerin her birinden "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" doldurularak, sözlü ve yazılı onam alınmış, anket ve Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği uygulanmıştır (EK-7, EK 8).

3.7.5. Veri Toplama Araçları ve Yöntem

Araştırmada, veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu ve Sağlık İnanç Modeline Dayalı Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği kullanılmıştır. Anketin ilk bölümü sosyo-demografik özellikleri içeren soruları, ikinci bölümü ise, bireylerin sağlık durumlarını tespit etmeyi ve buna bağlı zarar görebilirliğini tespit etmeyi amaçlayan toplam 31 soruyu içermektedir.

Anketin, afete bireysel hazırlığın ölçüldüğü ölçek kısmında ise, İnal ve Doğan (2018)'in geliştirdiği 45 soruluk "Sağlık İnanç Modeline Dayalı Geliştirilmiş Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği"nden yararlanılmıştır. Ölçek, beşli Likert tipi 45 madde ve altı alt faktörden oluşmaktadır.

Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı Suriyeli hastalar için, Türkçe bilen Suriye uyruklu personelden destek alınmış, veri toplamada standardizasyonu sağlamak için, çalışmanın amacı, anket ve ölçek soruları ve veri toplarken dikkat edilmesi gereken noktalar hakkında kısa bir eğitim verilmişir.

3.7.5.1. Sağlık İnanç Modeline Dayalı Geliştirilmiş Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

Sağlık İnanç Modeli, hem bireylerin sağlığını etkileyen davranış ve kararlarının değişimini ve sürdürülmesini açıklamak için hem de sağlık davranışı müdahaleleri için yol gösterici olması için, ilk olarak 1966 yılında Rosenstock tarafından geliştirilen sağlık davranışı araştırmalarında en yaygın kullanılan modeldir (Champion ve Skinner, 2008: 45).

Sağlık İnanç Modeline Dayalı Geliştirilmiş GAHİÖ, 2018 yılında Ebru İnal ve Nuri Doğan tarafından geliştirilmiş, 45 ifadeden oluşmaktadır (İnal ve Doğan: 2018).

Her bir soru için minimum 1 maksimum 5 puan alınabilir. Dolayısıyla ölçekten alınabilecek minimum puan 45 maksimum puan ise 225'tir. Olumlu ifadeler için değerlendirme; (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle katılıyorum şeklinde yapılırken, olumsuz ifadeler için değerlendirme; (5) Kesinlikle katılmıyorum, (4) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (2) Katılıyorum, (1) Kesinlikle katılıyorum şeklinde yapılmıştır.

Olumsuz ifadeler: 4, 6, 8, 9, 17 – 30 (17 ve 30 dahil), 31, 35, 37, 38, 42, 44.

Ölçek değerlendirilmesinde; toplam puanın yükselmesi (225'e yaklaşması) olumlu bilgi, tutum ve davranış eğilimi gösterirken, azalması (45'e doğru yaklaşması) olumsuz bilgi, tutum ve davranış eğilimi olduğunu göstermektedir.

Ölçek 6 tane alt-ölçekten oluşmaktadır;

Algılanan Duyarlılık: 6 sorudan oluşmaktadır (1-2-3-4-5-6). Alınabilecek minimum puan 6 maksimum puan ise 30'dur.

Algılanan Ciddiyet: 4 sorudan oluşmaktadır (7-8-9-10). Alınabilecek minimum puan 4 maksimum puan ise 20'dir.

Algılanan Yarar: 6 sorudan oluşmaktadır (11-12-13-14-15-16). Alınabilecek minimum puan 6 maksimum puan ise 30'dur.

Algılanan Engeller: 14 sorudan oluşmaktadır (17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30). Alınabilecek minimum puan 14 maksimum puan ise 70'dir.

Eyleme Geçiriciler: 5 sorudan oluşmaktadır (31-32-33-34-35). Alınabilecek minimum puan 5 maksimum puan ise 25'dir.

Öz Yeterlilik: 10 sorudan oluşmaktadır (36-37-38-39-40-41-42-43-44-45). Alınabilecek minimum puan 10 maksimum puan ise 50'dir.

Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 2: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği'nde Bulunan 45 İfadeden Alınan Puanlar İçin Tanımlayıcı Özet İstatistikler

	Maddeler	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**Ortalama**	**Standart Sapma**
	Algılanan Duyarlılık				
1	Önümüzdeki birkaç yıl içinde Acil durum/Afet yaşama ihtimalim çok yüksektir.	1	5	3,8048	0,9103
2	Yaşamımın herhangi bir döneminde Acil durum/Afet yaşayacağımı göz önünde bulundururum.	1	5	3,5817	1,0527
3	Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta bina dayanıklılığını artırmak benim için önemlidir.	1	5	3,8088	0,8917
4	Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta acil durum/afet çantası hazırlamayı önemsemem.	1	5	3,4980	1,1040
5	Yakın çevrem ile acil durumlarda/afetlerde gerekli acil iletişim numaraları hakkında konuşurum.	1	5	3,0717	1,2372
6	Evdeki sabitlenebilecek eşyaları sabitlemeyi gereksiz buluyorum.	1	5	3,5100	1,1040
	Algılanan Ciddiyet				
7	Acil durum/Afet yaşama ihtimalini düşünmek beni korkutur.	1	5	4,0518	1,1248
8	Acil durum/Afet yaşarsam hayatımda hiçbir şey değişmeyecek.	1	5	3,9562	1,1532
9	Acil durumlar/Afetler sonucu sevdiklerimi kaybetmekten korkmam.	1	5	3,9124	1,2618
10	Acil durumlar/Afetler sonucunda ölmekten korkarım.	1	5	4,1952	1,0458
	Algılanan Yarar				
11	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yaptığımda kendimi güvende hissederim.	1	5	4,1514	1,0435
12	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak acil durumlar/afetler sonrası ölüm riskini azaltabilir.	2	5	4,3028	0,9186
13	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmam aile bireylerimi de koruyacaktır.	1	5	4,2191	0,9569
14	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak acil durumlarda/afetlerde ihtiyaçlarıma karşılık verecektir.	1	5	4,2789	0,8728
15	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yara almadan (sakatlanmadan) yaşamama yardım edecektir.	2	5	4,2789	0,9643

16	Acil durumlara/Afetlere hazırlık ailem ve kendim için gereklidir (faydalıdır).	1	5	4,2789	0,9684
	Algılanan Engeller				
17	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmaktan çok daha önemli sorumluluklarım var.	1	5	3,5458	1,0084
18	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak için yeterli param yok.	1	5	3,4343	1,2956
19	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak çok fazla zamanımı alır.	1	5	3,5020	1,1220
20	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak için yeterli bilgim yok.	1	5	2,5618	1,4748
21	Kaderimde Acil durumlarda/Afetlerde ölmek varsa ölürüm.	1	5	2,9124	1,4833
22	Acil durumlara/Afetlere hazır olma adına tatbikat yapmak bana zor gelir.	1	5	2,6335	1,4970
23	Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olmak için bireysel hazırlık yapmayı gereksiz buluyorum.	1	5	3,6693	1,1824
24	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak iyi hissetmemi sağlamaz.	1	5	3,9084	1,0293
25	Afete Hazırlık- Temel Afet Bilinci eğitimlerini almak için çaba harcamayı gereksiz buluyorum.	1	5	3,7530	1,0967
26	Aile için afet planının anlaşılması zordur.	1	5	3,2231	1,2609
27	Aile için afet planı bireyin hazırlayamayacağı kadar gereksiz ayrıntılarla doludur.	1	5	3,6255	1,0748
28	Aile için afet planının yararlı olduğuna inanmıyorum.	1	5	3,8167	1,1199
29	Aile için afet planını uygulamaya geçirmek bana zor gelir.	1	5	2,7729	1,4423
30	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak bana zor geliyor.	1	5	2,6494	1,4186
	Eyleme Geçiriciler				
31	Aile üyelerim Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni bilgilendirmezler.	1	5	3,0438	1,3689
32	Arkadaşlarım Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni aydınlatırlar.	1	5	3,1633	1,3773
33	Fikirlerine önem verdiğim insanlar Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olma konusunda beni yönlendirirler.	1	5	3,2789	1,4373
34	Acil durum/Afet konusundaki politikalar beni Acil Durumlar/Afetler konusunda hazırlıklı olmaya teşvik ederler.	1	5	3,4343	1,1961
35	Kitapçıklar, gazeteler, broşürler beni yeterince bilgilendirmezler.	1	5	2,7251	1,2329
	Öz yeterlilik				
36	Temel ilk yardım uygulayabilirim.	1	5	2,1434	1,1186
37	Yangın söndürme cihazını kullanamam.	1	5	1,9442	1,1335
38	Mahallemde yaşayanlarla birlikte Acil durumlar/Afetler ile ilgili tahliye planı oluşturamam.	1	5	1,9004	1,1322
39	Acil durum/Afet sonrası ihtiyacım olursa psikolojik destek almak için gerekli hizmete erişebilirim.	1	5	2,4343	1,4109

40	Yangın çıkmasına neden olacak tehlikeleri belirleyebilirim.	1	5	2,5896	1,4515
41	Evde sabitlenmesi gereken eşyaları sabitleyebilirim.	1	5	2,2590	1,2933
42	Basit düzeyde olsa dahi arama-kurtarma yapamam.	1	5	2,0438	1,2657
43	Depremden korunmak için yaşadığım evde/binada güvenli yer belirleyebilirim.	1	5	2,2550	1,3170
44	Bir afet sonrasında yerel yetkililerce belirlenmiş olan sığınak yerini bulamam.	1	5	2,0558	1,2119
45	Bir afet sonrasında aile bireylerinin yeniden bir araya gelebileceği bir toplanma yeri belirleyebilirim.	1	5	2,1434	1,2662

Tablo 3'e göre; ölçekte bulunan soruların ortalama değerleri 1,9004 ile 4,3028 arasında değişmektedir. En küçük puan ortalaması 38. soruda (1,9004±1,1322), en yüksek puan ortalaması ise 12. soruda (4,3028±0,9186) görülmektedir.

Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği ve "Alt Boyutlar" ının toplam puanları için alt sınır, üst sınır, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği ve Alt Ölçek Toplam Puanlarının Tanımlayıcı Özet İstatistikleri

Ölçek ve Alt Ölçekleri	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**Ortalama**	**Standart Sapma**
Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği	67	214	146,3227	23,7354
Algılanan Duyarlılık	8	30	21,2749	4,0733
Algılanan Ciddiyet	4	20	16,1155	3,5347
Algılanan Yarar	12	30	25,5100	4,7035
Algılanan Engeller	18	70	46,0080	10,5788
Eyleme Geçiriciler	5	25	15,6454	5,4638
Öz Yeterlilik	10	45	21,7689	9,4865

Kronik hastalığa sahip bireylerin GAHİÖ'nin toplam puanın yükselmesi (225'e yaklaşması) olumlu bilgi, tutum ve davranış eğilimi gösterirken, azalması (45'e doğru yaklaşması) olumsuz bilgi, tutum ve davranış eğilimi olduğunu göstermektedir. Çalışmada, kronik hastalığa sahip bireylerin GAHİÖ toplam puan ortalaması

146,32±23,73 bulunmuş, afete hazırlık inancının ortalamanın üstünde olduğu tespit edilmiştir.

Ölçeğin alt boyutlarıyla değerlendirmesiyle şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Algılanan Duyarlılık Alt Boyutu: Bireyin afet ve acil duruma ya da afetle ilgili bir etkiye maruz kalma olasılığı konusundaki inancını değerlendirir. Toplam puan ortalaması 21,27±4,0'tür. Buna göre; kronik hastalığa sahip bireylerin afet ve acil duruma maruz kalma olasılığı konusundaki inançları yüksektir.

Algılanan Ciddiyet Alt Boyutu: Afet ve acil durumu algılama konusundaki ciddiyettir. Toplam puan ortalaması 16,11±3,5'tir. Buna göre, kronik hastalığa sahip bireylerin afet ve acil durumun sonuçlarının hayatını etkileme konusunda farkındalığının yüksek olduğu söylenebilir.

Algılanan Yarar Alt Boyutu: Bireyin acil durum/afete hazırlığın önemini ne kadar algıladığı, hazırlık durumunda ne kadar fayda görebileceğine ilişkin inancıdır. Toplam puan ortalaması 25,51±4,70'tir. Buna göre, bireylerin afete hazırlığın yararına ilişkin farkındalıklarının yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Algılanan Engeller Alt Boyutu: Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmanın önünde algılanan somut veya duygusal engellere ilişkin inancıdır. Toplam puan ortalaması 46,00±10,57'dir.Buna göre, bireylerin acil durum/afetlere hazırlık konusunda karşılaşılan engellere olan inancı ortalamanın üzerindedir.

Eyleme Geçiriciler Alt Boyutu: Acil durum/afete hazırlık davranışının ortaya çıkmasına etki eden içsel ya da dışsal faktörlerdir. Toplam puan ortalaması 15,64 ±5,4'tür. Buna göre, bireylerin acil durum/afetlere hazırlık konusunda harekete geçiriler konusundaki inancı ortalama seviyededir.

***Özyeterlilik Alt Boyutu*:** Bireyin afet ve acil durumla karşılaştığında gereken eylemleri (ilk yardım, yangın söndürme, kurtarma, tahliye ve sığınağa yönelik girişimler) yapabilme yeteneğine olan inançlarıyla ilgilidir. Toplam puan ortalaması, 21,76±9,4'tür. Buna göre kronik hastalığa sahip evde sağlık birimi hastalarının öz bakım yeterliliği ortalamanın altındadır.

Ölçek Güvenilirliği

Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği uygulanan 251 kişilik çalışma grubunun ölçeğe verdiği cevapların ölçek güvenirliği üzerinde doğrudan etkisi vardır. Üstünkörü veya tutarsız verilen cevaplar anket güvenirliliğini düşürmektedir. Ölçek güvenilirliğinin ölçülmesinde Cronbach's Alpha (α) değerinden faydalanılır. Cronbach's Alpha (α) değeri yükseldikçe anketin güvenilirliği artar. Bu değer 0 ile 1 arasında değerler alır. Güvenilirlik kategorileri genel olarak şu şekilde sınıflandırılır: eğer α değeri 0,5'ten küçükse ölçek "güvenilmez", eğer α değeri 0,5 ile 0,6 arasında ise ölçek "kötü", eğer α değeri 0,6 ile 0,7 arasında ise ölçek "şüpheli", eğer α değeri 0,7 ile 0,8 arasında ise ölçek "kabul edilebilir", eğer α değeri 0,8 ile 0,9 arasında ise ölçek "iyi", eğer α değeri 0,9 veya daha büyükse ölçek "mükemmel" olarak değerlendirilebilir.

Tablo 4: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Cronbach's Alpha Değerleri

Ölçek ve Alt Ölçekleri	**Cronbach's Alpha Değeri**
Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği	0,906
Algılanan Duyarlılık	0,715
Algılanan Ciddiyet	0,770
Algılanan Yarar	0,903
Algılanan Engeller	0,862
Eyleme Geçiriciler	0,882
Öz Yeterlilik	0,914

Tablo 4'e göre çalışma grubuna uygulanan ölçeğin Cronbach's Alpha değeri α=0,906 bulunmuştur. Ölçek "mükemmel" güvenilirlik sınıfında değerlendirilebilir. Ölçeğin alt ölçeklerine bakılacak olursa "öz yeterlik" (α=0,914) ve "algılanan yarar" (α=0,903) alt ölçekleri "mükemmel", "algılanan engeller" (α=0,862) ve "eyleme geçiriciler" (α=0,882) alt ölçekleri "iyi", "algılanan duyarlılık" (α=0,715) ve

"algılanan ciddiyet" (α=0,770) alt ölçekleri ise "kabul edilebilir" güvenilirlik sınıfında değerlendirilebilir.

Tablo 5: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği'nde Bulunan 45 Sorunun Tüm Ölçek Üzerindeki Etkileri

	Maddeler	**Ölçekten Çıkarıldığında Yeni Cronbach's Alpha (α) Değeri**
	Algılanan Duyarlılık	
1	Önümüzdeki birkaç yıl içinde Acil durum/Afet yaşama ihtimalim çok yüksektir.	0,904
2	Yaşamımın herhangi bir döneminde Acil durum/Afet yaşayacağımı göz önünde bulundururum.	0,902
3	Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta bina dayanıklılığını artırmak benim için önemlidir.	0,903
4	Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta acil durum/afet çantası hazırlamayı önemsemem.	0,903
5	Yakın çevrem ile acil durumlarda/afetlerde gerekli acil iletişim numaraları hakkında konuşurum.	0,902
6	Evdeki sabitlenebilecek eşyaları sabitlemeyi gereksiz buluyorum.	0,904
	Algılanan Ciddiyet	
7	Acil durum/Afet yaşama ihtimalini düşünmek beni korkutur.	0,906
8	Acil durum/Afet yaşarsam hayatımda hiçbir şey değişmeyecek.	0,905
9	Acil durumlar/Afetler sonucu sevdiklerimi kaybetmekten korkmam.	0,906
10	Acil durumlar/Afetler sonucunda ölmekten korkarım.	0,905
	Algılanan Yarar	
11	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yaptığımda kendimi güvende hissederim.	0,905
12	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak acil durumlar/afetler sonrası ölüm riskini azaltabilir.	0,905
13	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmam aile bireylerimi de koruyacaktır.	0,905
14	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak acil durumlarda/afetlerde ihtiyaçlarıma karşılık verecektir.	0,905
15	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yara almadan (sakatlanmadan) yaşamama yardım edecektir.	0,905
16	Acil durumlara/Afetlere hazırlık ailem ve kendim için gereklidir (faydalıdır).	0,905
	Algılanan Engeller	
17	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmaktan çok daha önemli sorumluluklarım var.	0,903
18	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak için yeterli param yok.	0,903
19	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak çok fazla zamanımı alır.	0,902

20	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak için yeterli bilgim yok.	0,904
21	Kaderimde Acil durumlarda/Afetlerde ölmek varsa ölürüm.	0,902
22	Acil durumlara/Afetlere hazır olma adına tatbikat yapmak bana zor gelir.	0,901
23	Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olmak için bireysel hazırlık yapmayı gereksiz buluyorum.	0,901
24	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak iyi hissetmemi sağlamaz.	0,904
25	Afete Hazırlık- Temel Afet Bilinci eğitimlerini almak için çaba harcamayı gereksiz buluyorum.	0,902
26	Aile için afet planının anlaşılması zordur.	0,903
27	Aile için afet planı bireyin hazırlayamayacağı kadar gereksiz ayrıntılarla doludur.	0,903
28	Aile için afet planının yararlı olduğuna inanmıyorum.	0,903
29	Aile için afet planını uygulamaya geçirmek bana zor gelir.	0,901
30	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak bana zor geliyor.	0,901
	Eyleme Geçiriciler	
31	Aile üyelerim Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni bilgilendirmezler.	0,901
32	Arkadaşlarım Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni aydınlatırlar.	0,901
33	Fikirlerine önem verdiğim insanlar Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olma konusunda beni yönlendirirler.	0,900
34	Acil durum/Afet konusundaki politikalar beni Acil Durumlar/Afetler konusunda hazırlıklı olmaya teşvik ederler.	0,902
35	Kitapçıklar, gazeteler, broşürler beni yeterince bilgilendirmezler.	0,903
	Öz yeterlilik	
36	Temel ilk yardım uygulayabilirim.	0,905
37	Yangın söndürme cihazını kullanamam.	0,906
38	Mahallemde yaşayanlarla birlikte Acil durumlar/Afetler ile ilgili tahliye planı oluşturamam.	0,906
39	Acil durum/Afet sonrası ihtiyacım olursa psikolojik destek almak için gerekli hizmete erişebilirim.	0,903
40	Yangın çıkmasına neden olacak tehlikeleri belirleyebilirim.	0,905
41	Evde sabitlenmesi gereken eşyaları sabitleyebilirim.	0,904
42	Basit düzeyde olsa dahi arama-kurtarma yapamam.	0,905
43	Depremden korunmak için yaşadığım evde/binada güvenli yer belirleyebilirim.	0,904
44	Bir afet sonrasında yerel yetkililerce belirlenmiş olan sığınak yerini bulamam.	0,905
45	Bir afet sonrasında aile bireylerinin yeniden bir araya gelebileceği bir toplanma yeri belirleyebilirim.	0,904

Tablo 5'de her bir soru için eğer ilgili soru ölçekten çıkarılırsa kalan 44 soru için oluşacak yeni ölçek güvenilirliği değerleri görülmektedir. 2. sütundaki α değerlerine bakıldığında 45 sorunun tamamı için α değeri 45 soruluk ölçeğin Cronbach's Alpha değeri α=0,906'dan küçük veya eşittir.

Ölçekten bir soru çıkarıldığında oluşacak yeni α değeri eskisinden büyük olursa ölçeğin güvenilirliği artmış demektir. Bu koşullarda hiçbir soruyu ölçekten çıkarmaya gerek yoktur çünkü soru çıkarmak ölçeğin güvenilirliğini arttırmamaktadır. Sonuç olarak, çalışma grubuna uygulanan ölçeğin güvenilirliği "mükemmel" güvenilirlik sınıfında ve sorulara 251 kişi tarafından verilen yanıtlar oldukça tutarlıdır.

Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği ve Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Pearson Korelasyon Katsayısı ile Yorumlanması

Pearson Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değişen değerler alır. Pozitif bir değer iki değişken arasındaki aynı yönlü, negatif bir değer ise iki değişken arasındaki ters yönlü bir ilişkiyi gösterir. Korelasyon değeri -1'e ve +1'e yaklaştıkça aralarındaki ilişkinin şiddeti artar. Korelasyon katsayısının 0 olması iki değişken arasında bir ilişki olmadığını gösterir. Katsayı 0'a yaklaştıkça ilişkinin şiddeti azalır (Altunışık ve diğerleri, 2004;197-198).

Korelasyonun katsayısının gücü ile ilgili olarak kesin sınırlamalar olmamakla birlikte aşağıdaki tanımlamalar yapılmıştır (Büyüköztürk, 2003:32; Köse, 2011):

0.00 - 0.25 Çok zayıf ilişki
0.26 - 0.49 Zayıf ilişki
0.50 - 0.69 Orta ilişki
0.70 - 0.89 Yüksek ilişki
0.90 - 1.0 Çok yüksek ilişki

Aşağıdaki tabloda tüm alt ölçekler ve genel ölçek arasındaki Pearson korelasyon katsayısı değerleri verilmiştir. Hücre içindeki değer Pearson korelasyon katsayısını, parantez içindeki değer ise ilişkinin anlamlı olup olmadığına dair p-değeri'ni göstermektedir. İki değişken arasındaki korelasyon katsayısının istatistiksel olarak anlamlı olmaması, ilgili iki değişkenin birbirinden bağımsız olduklarını gösterir.

Tablo 6: Pearson Korelasyon Katsayısı Değerleri

	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Yarar	Algılanan Engeller	Eyleme Geçiriciler	Öz Yeterlilik	GAHİÖ*
Algılanan Duyarlılık	1,000	0,453** (0,000)	0,460** (0,000)	0,671** (0,000)	0,449** (0,000)	0,080 (0,208)	0,765** (0,000)
Algılanan Ciddiyet	0,453** (0,000)	1,000	0,715** (0,000)	0,287 ** (0,000)	-0,076 (0,229)	-0,400** (0,000)	0,319** (0,000)
Algılanan Yarar	0,460** (0,000)	0,715** (0,000)	1,000	0,315** (0.000)	0,025 (0,694)	-0,429** (0,000)	0,358** (0,000)
Algılanan Engeller	0,671** (0,000)	0,287 ** (0,000)	0,315** (0.000)	1,000	0,577** (0,000)	0,213** (0,001)	0,884** (0,000)
Eyleme Geçiriciler	0,449** (0,000)	-0,076 (0,229)	0,025 (0,694)	0,577** (0,000)	1,000	0,449** (0,000)	0,738** (0,000)
Öz Yeterlilik	0,080 (0,208)	-0,400** (0,000)	-0,429** (0,000)	0,213** (0,001)	0,449** (0,000)	1,000	0,467** (0,000)
GAHİÖ*	0,765** (0,000)	0,319** (0,000)	0,358** (0,000)	0,884** (0,000)	0,738** (0,000)	0,467** (0,000)	1,000

* (Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği)

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 6'ya göre; "Algılanan Duyarlılık" alt ölçeği toplam puanları, "Öz Yeterlilik" alt ölçeği dışında tüm alt ölçekler ile pozitif yönlü bir ilişkiye sahiptir. "Algılanan Duyarlılık" ile "Algılanan Ciddiyet" arasında zayıf ve pozitif (0,453), "Algılanan Duyarlılık" ile "Algılanan Yarar" arasında zayıf ve pozitif (0,460), "Algılanan Duyarlılık" ile "Algılanan Engeller" arasında orta ve pozitif (0,671), ve "Algılanan Duyarlılık" ile "Eyleme Geçiriciler" arasında zayıf ve pozitif (0,449) bir ilişki vardır. "Algılanan Duyarlılık" ile "Öz yeterlilik" alt ölçeği arasında bir ilişkisi yoktur.

"Algılanan ciddiyet" alt ölçeği toplam puanları ile, "Algılanan yarar" ve "algılanan engeller" alt ölçek toplam puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki, fakat "algılanan ciddiyet" toplam puanları ile "öz yeterlilik" toplam puanları arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. "Algılanan ciddiyet" toplam puanları ile "eyleme geçiriciler" toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

"Algılanan yarar" toplam puanları ile "algılanan engeller" arasında pozitif yönlü bir ilişki, "algılanan yarar" toplam puanları ile "öz yeterlilik" toplam puanları

arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. “Algılanan yarar” toplam puanları ile “eyleme geçiriciler” toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

“Algılanan engeller” toplam puanları ile “eyleme geçiriciler” ve “öz yeterlilik” toplam puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Ayrıca “eyleme geçiriciler” toplam puanları ile “öz yeterlilik” toplam puanları arasında da pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Her bir alt ölçek için “genel afete hazırlık inanç ölçeği” ile arasındaki korelasyon değerine bakılacak olursa tüm alt ölçekler ile genel ölçek arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Kişilerin alt ölçek toplam puanlarının artması, genel ölçek puanının da artmasına yol açmaktadır. “Algılanan Duyarlılık” ile “GAHİÖ” arasında yüksek ve pozitif (0,765) bir ilişki, “Algılanan Ciddiyet” ile “GAHİÖ” arasında zayıf ve pozitif (0,319) bir ilişki, “Algılanan Yarar” ile “GAHİÖ” arasında zayıf ve pozitif (0,358) bir ilişki, “Algılanan Engeller” ile “GAHİÖ” arasında yüksek ve pozitif (0,884) bir ilişki, “Eyleme Geçiriciler” ile “GAHİÖ” arasında yüksek ve pozitif (0,738) bir ilişki, “Öz Yeterlilik” ile “GAHİÖ” arasında zayıf ve pozitif (0,467) bir ilişki vardır.

3.7.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi

Araştırmanın verilerinin analizi Statistical Package For Social Science (SPSS) 22.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastalara ilişkin sosyo-demografik özellikler ve tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde dağılımı olarak verilmiştir, değişkenler arasındaki ilişkilerin açıklanmasında ki-kare testi kullanılmıştır.

Ortalamalar arasındaki farklılıkları araştırmak için, kategorik değişkenlere bağlı grup ortalamaları arasındaki farklılıkları ortaya çıkarmayı hedefleyen ve parametrik olmayan bir test olan “Kruskal Wallis One Way ANOVA” kullanılmıştır.

3.8. BULGULAR

3.8.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Çalışmanın bu bölümünde, ankete katılanların sosyo-demografik özellikleri incelenecektir. Çalışmaya katılanlar uyruk, cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim, yaşadığı yer, hasta bakım ödemesi alıp almadığı, sağlık güvencesi olup olmaması yönlerinden tanımlanmıştır.

Tablo 7: Araştırmaya Katılan 251 Kişinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişken	**Frekans (n)**	**Yüzde (%)**
Uyruk		
Türkiye	161	64,1
Suriye	90	35,9
Toplam	251	100,0
Yaş Grupları		
0 – 24	58	23,1
25 – 44	14	5,6
45 – 64	39	15,5
65 ve üstü	140	55,8
Toplam	251	100,0
Cinsiyet		
Erkek	115	45,8
Kadın	136	54,2
Toplam	251	100,0
Öğrenim Durumu		
Okur-Yazar Değil	123	49,0
Okur-Yazar	34	13,5
İlkokul	47	18,7
Ortaokul	15	6,0
Lise	18	7,2
Üniversite	14	5,6
Toplam	251	100,0
Medeni Durum		
Evli	114	45,4
Bekar	73	29,1
Boşanmış/Eşinden Ayrılmış	3	1,2
Dul/Eşi Ölmüş	61	24,3

Toplam	251	100,0
Yaşadığı Yer		
Kendi Evimde	103	41,0
Kirada	123	49,0
Bakım Evi	0	0,0
Bakıcımın Evi	25	10,0
Toplam	251	100,0
Hasta/Yaşlılık Bakım Ödemesi		
Alıyor	100	39,8
Almıyor	151	60,2
Toplam	251	100,0
Sağlık Güvencesi		
Var	244	97,2
Yok	7	2,8
Toplam	251	100,0

Araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular aşağıdaki gibidir:

58 (23,1%) kişinin 0 – 24 yaş grubunda, 14 (5,6%) kişinin 25 – 44 yaş grubunda, 39 (15,5%) kişinin 45- 64 yaş grubunda olduğu, çoğunluğunun ise (140 kişi, 55,8%) 65 yaş ve üstü olduğu, 115 (45,8) kişinin erkeklerden ve 136 (54,2%) kişinin ise kadınlardan oluştuğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (123 kişi, 49,0%) okur-yazar olmadığı, 34 (13,5%) kişinin okur-yazar, 47 (18,7%) kişinin ilkokul mezunu, 15 (6,0%) kişinin ortaokul mezunu, 18 (7,2%) kişinin lise mezunu, 14 (5,6%) kişinin ise üniversite mezunu olduğu, çoğunun evli (114 kişi, 45,4%) olduğu, 73 (29,1%) kişinin bekar, 3 (1,2%) kişinin boşanmış/eşinden ayrılmış, 61 (24,3%) kişinin ise dul/eşi ölmüş olduğu, neredeyse tamamının kendi evinde (103 kişi, 41,0%) veya kirada (123 kişi, 49,0%) kaldığı, sadece 25 (10,0%) kişinin bakıcısının evinde kaldığı, bakım evinde kalan biri olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan 90 (%35,9) hasta Suriye uyruklulardan oluşurken, 161 (%64,1)'inin Türk uyruklu hastalardan oluştuğu tesit edilmiştir. Suriye uyruklu hastalar, savaş nedeniyle ülkelerinden ayrılmış, göç mağduru sığınmacı statüsündeki bireylerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerden 100 (39,8%) kişinin hasta/yaşlılık bakım ödemesi almamakla birlikte, 151 (60,2%) kişinin ise hasta/yaşlılık bakım ödemesi almaktadır. Bir kurumdan bakım ödemesi almak, aynı zamanda bir sosyo-ekonomik yeterlilik göstergesidir. Bu tür ödemeler, hane içindeki kişi başı düşen gelir miktarındaki yetersizlik nedeniyle yapılmaktadır.

Hastaların neredeyse tamamının (244 kişi, 97,2%) sosyal güvencesinin olduğu, sadece 7 (2,8%) kişinin ise sağlık güvencesinin olmadığı, 251 kişilik araştırma grubundan elde edilmiştir.

Ayrıca, 251 kişilik çalışma grubunun kilo ortalaması 60,9303, standart sapması ise 23,4520'dir. En zayıf hasta 7 kg, en kilolu hasta ise 120 kg olarak kaydedilmiştir. Afet sırasında, bakım verenlerin hastalarını tahliye edebilmesi için hastalarının taşıyabilecekleri ağırlıkta olmaları önemlidir.

İleri yaş, düşük eğitim seviyeleri, fiziksel engeli olan, kronik hastalıkları ve tıbbi bakıma ihtiyacı olan, dil ve iletişim engelleri olan bu araştırma grubunun, afetlerde diğer bireylerden daha çok etkilenecek zarar görebilir bireyleri kapsadığını söyleyebiliriz.

3.8.2. Sağlık Durumu ve Afet/Acil Duruma Hazırlık Soruları

Çalışmanın bu bölümünde, ankete katılanların afetlerde zarar görebilirliğini artırabilecek sağlık ve engel durumları araştırılmış, afet ve acil durumlar konusunda bireysel hazırlığını açıklayan sorulara yer verilmiştir.

Tablo 8: Araştırmaya Katılan 251 Kişinin Sağlık Durumu ve Afet/Acil Duruma Hazırlık Sorularının Dağılımı

Soru	**Frekans (n)**	**Yüzde (%)**
Herhangi bir fiziksel engeliniz var mı? Eğer varsa birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. *		
Yok	(5)	-
İşitme Kaybı	52	11,0
Görme Kaybı	72	15,2
Konuşma Bozukluğu	113	23,8
Hareket Kaybı	237	50,0
Toplam	474	100,0

Sahip Olunan Fiziksel Engel Sayısı*		
0	5	2,0
1	89	35,5
2	99	39,4
3	45	17,9
4	13	5,2
Toplam	251	100,0
Hangi kronik hastalığa/hastalıklara sahipsiniz? *		
Kalp ve Damar Hastalığı	146	27,8
KOAH	37	7,0
Kanser	14	2,7
Diyabet	65	12,4
Nörolojik Hastalıklar	182	35,2
Alzheimer, Demans, Psikiyatrik Hastalıklar	74	14,1
KBY	4	0,7
Guatr	1	0,1
Toplam	526	100,0
Sahip Olunan Kronik Hastalık Sayısı*		
1	92	36,7
2	73	29,1
3	63	25,1
4	20	7,9
5	1	0,4
6	1	0,4
7	1	0,4
Toplam	251	24,3
Hastalığınız/hastalıklarınız için her gün ilaç kullanıyor musunuz?		
Evet	225	89,6
Hayır	26	10,4
Toplam	251	100,0
Her gün kaç ilaç kullanıyorsunuz?		
1	24	10,7
2	24	10,7
3	36	16,0
4	24	10,7
5	26	11,5
6	39	17,3
7+	52	23,1
Toplam	225	100,0
Hastalığınız için elektrikle çalışan tıbbi cihaz (oksijen makinesi, havalı yatak, ilaç, infüzyon pompası, diğer vs.) kullanıyor musunuz?		
Evet	57	22,7
Hayır	194	77,3
Toplam	251	100,0
Ev ortamında kullandığınız tıbbi cihazlar fonksiyon dışı kaldığında (elektrik kesintisi, bozulma, vs.) aldığınız eğitim/güvenlik önlemi var mı?		
Evet	26	10,4
Hayır	225	89,6

Toplam	251	100,0
Hastalığınız için oksijen desteğine ihtiyacınız var mı?		
Evet	41	16,3
Hayır	210	83,7
Toplam	251	100,0
Hastalığınız için diyaliz tedavisine ihtiyacınız var mı?		
Evet	4	1,6
Hayır	247	98,4
Toplam	251	100,0
Haftada kaç kez diyaliz tedavisi alıyorsunuz?		
Gerektiğinde	1	25,0
1	2	50,0
2	1	25,0
Toplam	4	100,0
Günlük ihtiyaçlarınız için (yemek yeme, tuvalete gitme, giyinme) yürür veya hareket edebilir misiniz?		
Evet	17	6,8
Hayır	173	68,9
Kısmen	61	24,3
Toplam	251	100,0
Yürürken/hareket ederken yardıma/desteğe ihtiyaç duyar mısınız?		
Evet	237	94,4
Hayır	14	5,6
Toplam	251	100,0
Yürürken/hareket ederken hangi kişi/araçları kullanırsınız?		
Bakım veren	165	69,6
Baston	14	5,9
Tekerlekli yürüteç	1	0,4
Tekerlekli sandalye	55	23,2
Diğer	2	0,9
Toplam	237	100,0
Hastalığınız nedeniyle yatağa bağımlı mısınız?		
Evet	193	76,9
Hayır	58	23,1
Toplam	251	100,0
Sizin veya hastanızın en son hastaneye yatışınızın üzerinden ne kadar zaman geçti?		
1 aydan az	77	30,7
1 aydan fazla	34	13,5
3 ay	37	14,8
6 ay	34	13,5
1 yıl	69	27,5
Toplam	251	100,0
Hastanızın/kendinizin hastalığı sebebiyle bakım eğitimi aldınız mı?*		

Almadım	(144)	-
Öz yönetim ve hastalık kontrolü eğitimi	99	61,2
Yara bakımı/pansuman	14	8,6
PEG/sonda bakımı	30	18,5
Aspirasyon eğitimi	17	10,5
Diyaliz eğitimi	2	1,2
Toplam	162	100,0
Alınan Bakım Eğitimi Sayısı		
0	144	57,4
1	70	27,9
2	21	8,4
3	14	5,5
4	2	0,8
Toplam	251	100,0
Hastanızın/kendinizin güvenliği için aldığınız önlemler var mı? (Emniyet kemeri, koruyucu destek yastıkları, korkuluk vs.)		
Evet	97	38,6
Hayır	154	61,4
Toplam	251	100,0
Daha önce afet yaşadınız mı?		
Evet	109	43,4
Hayır	142	56,6
Toplam	251	100,0
Bireysel acil durum/afet çantanız var mı?		
Evet	23	9,2
Hayır	228	90,8
Toplam	251	100,0
Oturduğunuz evin DASK sigortası var mı?		
Evet	41	16,3
Hayır	210	83,7
Toplam	251	100,0
Afet/acil durumlar için 7 gün süresince yetecek miktarda ilaç stoğunuz var mı?		
Evet	76	30,3
Hayır	175	69,7
Toplam	251	100,0

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 8'de Afet ve acil durumlarda tahliye sorunlarını ortaya çıkaran fiziksel engel durumu değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan 251 kişiden 5'i herhangi bir fiziksel engeli olmadığını belirtmiştir. Kalan 246 kişi ise toplamda 474 tane fiziksel engel belirtmişlerdir. Toplam 474 olan fiziksel engel sayısının, 52'si (11,0%) işitme kaybı, 72'si (15,2%) görme kaybı, 113'ü (23,8%) konuşma bozukluğu ve 237'si

(50,0%) hareket kaybı olarak saptanmıştır. Ayrıca, 5 (2,0%) kişinin fiziksel engel sayısı "0", 89 (35,5%) kişinin fiziksel engel sayısı "1", 99 (39,4%) kişinin fiziksel engel sayısı "2", 45 (17,9%) kişinin fiziksel engel sayısı "3" ve 13 (5,2%) kişinin fiziksel engel sayısı ise "4" olarak bulunmuştur.

251 kişilik örneklemin büyük çoğunluğu (193 kişi, 76,9%) hastalığı nedeniyle yatağa bağımlı olduklarını, 58(23,1%) kişi ise yatağa bağımlı olmadıklarını söylemiştir.

Hastaların 17'si (6,8%) günlük ihtiyaçları için yürüyüp hareket edebildiğini, 173'ü (68,9%) yürüyüp hareket edemediğini, 61'i (24,3) ise bu faaliyetleri kısmen gerçekleştirebildiğini belirtmişlerdir. Ayrıca, yine 251 kişinin büyük çoğunluğu (237 kişi, 94,4%) yürüme/hareket etme faaliyeti esnasında yardıma/desteğe ihtiyaç duyduklarını, sadece 14 (5,6%) kişi ihtiyaç duymadıklarını bildirmiştir.

Fiziksel engeli olan hastaları, bakım vereni olmadan düşünmek olanaksızdır. Nitekim, yardıma/desteğe ihtiyaç duyan 237 hastanın büyük bir kısmı (165 kişi, 69,6%) bakım veren yardımıyla, 14 (5,9%) kişi baston ile, 1 (0,4%) kişi tekerlekli yürüteç ile, 55 (23,2) kişi tekerlekli sandalye ile yürümekte veya hareket etmektedir. 2 (0,9%) kişi ise bunların dışında yardım aldığını bildirmiştir.

Gündelik işlerini (yemek yeme, tuvalete gitme, giyinme vb) yapamayan bu hastaların, afet ve acil duruma hazır olmaları, tehlikeden uzaklaşmaları ve tahliye yetenekleri olması beklenemez. Yatağa bağımlı ve engeli olan bu hastaların sadece kendilerinin değil, bakım verenlerin de afet sırasında hem taşıma hem de tahliye sırasında zorluk yaşamasına neden olacak, ya bu nedenle gitmemeyi tercih edecekler ya da kendilerini kurtarmak istediklerinde geride bıraktıkları nedeniyle suçluluk duygusu oluşturacaktır.

Afet ve acil durumlarda kesintiye uğrayan sağlık hizmetlerinden en çok etkilenecek grupların başında gelen kronik hastalığa sahip bireylerin tedavilerinin aksamasının yaşamsal sonuçları olacaktır. 251 kişilik örneklem tarafından toplamda 526 kronik hastalık bildirilmiştir. Bu 526 kronik hastalığın 146'sını (27,8%) kalp ve damar hastalığı, 37'sini (7,0%) KOAH, 14'ünü (2,7%) kanser, 65'ini (12,4%) diyabet, 182'sini (34,6%) nörolojik hastalıklar, 74'ünü (14,1%) alzheimer, demans, psikiyatrik hastalıklar, 4'ünü (0,7%) KBY ve 1'ini (0,1%) guatr oluşturmaktadır. Ayrıca, araştırma grubunun büyük çoğunluğunun birden fazla kronik hastalığı bulunmaktadır.

Buna göre, 92 (36,7%) kişinin "1", 73 (29,1%) kişinin "2", 63 (25,1%) kişinin "3", 20 (7,9%) kişinin "4", 1 (0,4%) kişinin "5", 1 (0,4%) kişinin "6" ve 1 (0,4%) kişinin ise "7" farklı kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı olmayan hasta yoktur.

Kronik hastalıkları kontrol etmek için, hastaların düzenli ilaç kullanımı büyük önem taşır. 225 (89,6%) kişi hastalıkları için her gün ilaç kullandıklarını belirtirken, 26 (10,4%) kişi ise her gün düzenli olarak ilaç kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo 8'de her gün ilaç kullandığını belirten 225 kişinin 24'ü (10,7%) günlük "1" ilaç, 24'ü (10,7%) günlük "2" ilaç, 36'sı (16,0%) günlük "3" ilaç, 24'ü (10,7%) günlük "4" ilaç, 26'sı (11,5%) günlük "5" ilaç, 39'u (17,3%) günlük "6" ilaç ve 52'si (23,1%) günlük 7 veya daha fazla ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Çoklu kronik hastalıklar ve çoklu ilaç kullanımı, hastaların sağlık bakım hizmetine daha çok ihtiyacı olduğunu ve rutin kontrollerinin tek kronik hastalığa sahip olanlardan daha fazla ihtiyaç duyduğunun bir göstergesidir.

Buna rağmen, 251 kişilik örneklemin 76'sı (30,3%) afet/acil durumlar için 7 gün süresince yetecek miktarda ilaç stokladığını, büyük çoğunluğu (175 kişi, 69,7%) ise böyle bir önlem almadığını belirtmiştir. Sağlık raporlarıyla ilaç desteğinin 6 aylık sağlanabildiği hastalarda, rapor bitme süreleri yaklaştıkça yedek ilaç bulundurma sorunu göz çarpmaktadır. Bu bağlamda, olağan üstü durumlar da göz önünde bulundurularak ilaç temini düzenlemesinin önemi büyüktür.

251 kişilik örneklemin 57'si (22,7%) hastalığı için elektrikle çalışan tıbbi cihaz kullanmakta iken, 194 (77,3%) kişi ise elektrikle çalışan tıbbi cihaz kullanmamaktadır. Ayrıca, 26 (10,4%) kişi ev ortamında kullandığı/kullanacağı tıbbi cihaz fonksiyon dışı kalması durumunda eğitim/güvenlik önlemi aldığını, 225 (89,6%) kişi ise eğitim/güvenlik önlemi almadığını söylemiştir. Afetlerde sık karşılaşılan elektrik kesintileri nedeniyle tıbbi bakımı sekteye uğrayacak hasta oranı çoğunluktadır. Bu tıbbi cihazlar sağlık raporu karşılığında verildiğinden, olağan üstü durumlar da gözönünde bulundurularak alternatif seçeneklerin sunulması önemlidir.

4 (1,6%) kişi böbrek yetmezliği nedeniyle diyaliz tedavisine ihtiyaç duyduğunu belirtirken, 247 (98,4%) kişi ise ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir. 4 kişinin 1'i (25,0%) gerektiğinde, 2'si (50,0%) haftada 1 kere, 1'i (25,0%) ise haftada 2 kere diyaliz tedavisi aldıklarını bildirmişlerdir. Diyaliz tedavisi, özellikle deprem afetinde sayıları artan crush sendromlu hastaların tedavisinde kullanılmaktadır. Bu nedenle

rutin diyaliz tedavisi alan bu hasta grubunun tedavisinin sekteye uğraması muhtemeldir.

Sağlık okur yazarlığı, kronik hastalıkların yönetimi için oldukça önemlidir. Belirtilerin takibi, sorunların büyümeden ortadan kaldırılması ve kötüye gitmesinin ve sık hastaneye yatışların önlenmesi için hastalık hakkında bilgi sahibi olmak ve nasıl yönetileceğini bilmek, hasta ve hasta yakını için büyük önem taşır.

Çalışmada kişilere 5 farklı bakım eğitiminden hangisi/hangilerini aldığı ya da almadığı sorulmuştur. 251 kişilik çalışma grubunun çoğunluğu (144 kişi, 57,4%) herhangi bir bakım eğitimi almadığını bildirmiştir. Geriye kalan 107 kişini ise aldıkları toplam eğitim sayısı 162'dir. Bunların 99'unu (61,2%) öz yönetim ve hastalık kontrolü eğitimi, 14'ünü (8,6%) yara bakımı/pansuman, 30'unu (18,5%) PEG/sonda bakımı, 17'sini (10,5%) aspirasyon eğitimi ve 2'sini (1,2%) diyaliz eğitimi oluşturmaktadır. Ayrıca, 251 kişinin 144'ünün (57,4%) aldığı bakım eğitimi sayısı "0", 70'inin (27,9%) "1", 21'inin (8,4%) "2", 14'ünün (5,5%) "3" ve 2'sinin (0,8%) ise "4"tür.

251 kişilik örneklemin 77'si (30,7%) en son 1 aydan daha kısa bir süre önce hastaneye yatmıştır. 34'ünün (13,5%) ise hastaneye son yatışları 1 aydan fazla bir süre öncedir. Ayrıca, 37 (14,8%) kişi en son 3 ay önce, 34 (13,5%) kişi en son 6 ay önce ve 69 (27,5%) kişi ise en son 1 yıl önce hastaneye yatmışlardır. Afet ve acil durumlarda kapasite artışı nedeniyle ihmal edilen hasta grubunun kendi koşullarında hastalıklarını kontrol etmeleri önemlidir. Sık hastaneye yatışlar, kronik hastalıkların kontrol dışına çıktığı zamanlarda özellikle artış gösterir. Hastalık kontrolü ve bakım eğitimlerinin artırılması ile bu oran azaltılabilir.

Çalışma grubundan 109 (43,4%) kişi daha önce afet yaşadığını, 142 (56,6%) kişi ise daha önce hiç afet yaşamadığını söylemiştir. Afet yaşayanların 84 (93,3%) kişi, Suriye uyruklu sığınmacıları oluşturmaktadır.

Çalışma grubundaki 97 (38,6%) hastanın düşmemesi için korkuluk, destek yastıkları gibi güvenliği için kendi önlemlerini aldıklarını belirtirken, 154 (61,4%) kişi ise herhangi bir önlem almadıklarını belirtmiştir.

Çalışma grubunun büyük çoğunluğunun (210 kişi, 83,7%) oturduğu evin DASK sigortası yoktur. Bunun nedenlerinden bir kısmı, bu tür sigortaların 1 yıllık olması, ev sahibi tarafından yaptırılması olarak sayılabilir. Sadece 41 (16,3%) kişi oturduğu evinin zorunlu DASK sigortasına sahip olduğunu belirtmiştir.

3.8.3. Sağlık Durumu ve Afet/Acil Duruma Hazırlık Sorularının, Kişilerin Uyruklarına (Türkiye, Suriye) Göre Dağılımı

251 kişilik çalışma grubunun "uyruk" kategorik bağımsız değişkenine göre sağlık durumu ve afet/acil duruma hazırlık sorularına verdiği cevapların dağılımlarını incelemek adına iki kategorik değişkenin birbirleriyle analizini inceleyen çapraz tablolardan ve Ki-kare testlerinden faydalanılmıştır. Çalışma 95% anlamlılık düzeyinde gerçekleştirilmiştir.

Aşağıdaki tabloda ilgili sağlık durumu ve afet/acil duruma hazırlık sorusunun, "uyruk" değişkenine göre dağılımına ilişkin Ki-kare test istatistikleri ve p-değerleri verilmiştir. Hücre içindeki değer ki-kare test istatistiğini, parantez içindeki değer ise p-değerini göstermektedir. Eğer p-değeri≤0,05 ise yokluk hipotezi reddedilir ve "uyruk" değişkenine göre ilgili sağlık durumu ve afet/acil duruma hazırlık sorusunun dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılır.

Tablo 9: Çapraz Tablo Analizleri

Sağlık durumu ve afet/acil duruma hazırlık soruları	**Uyruk**
Sahip Olunan Fiziksel Engel Sayısı	8,659 (0,070)
Sahip Olunan Kronik Hastalık Sayısı	47,133 (0,000*)
Hastalığınız/hastalıklarınız için her gün ilaç kullanıyor musunuz?	25,438 (0,000*)
Her gün kaç ilaç kullanıyorsunuz?	33,325 (0,000*)
Hastalığınız için elektrikle çalışan tıbbi cihaz (oksijen makinesi, havalı yatak, ilaç, infüzyon pompası, diğer vs.) kullanıyor musunuz?	20,573 (0,000*)
Ev ortamında kullandığınız tıbbi cihazlar fonksiyon dışı kaldığında (elektrik kesintisi, bozulma, vs.) aldığınız eğitim/güvenlik önlemi var mı?	16,214 (0,000*)
Hastalığınız için oksijen desteğine ihtiyacınız var mı?	9,596 (0,002*)
Hastalığınız için diyaliz tedavisine ihtiyacınız var mı?	2,272 (0,132)
Günlük ihtiyaçlarınız için (yemek yeme, tuvalete gitme, giyinme) yürür veya hareket edebilir misiniz?	5,451 (0,065)
Yürürken/hareket ederken yardıma/desteğe ihtiyaç duyar mısınız?	2,921 (0,087)
Yürürken/hareket ederken hangi kişi/araçları kullanırsınız?	18,192 (0,001*)

Hastalığınız nedeniyle yatağa bağımlı mısınız?	0,141 (0,707)
Hastanızın/kendinizin sağlık durumu değiştiğinde ilk başvuruyu nereye yapıyorsunuz?	109,606 (0,000*)
Hastanın/kendinizin hastaneye nakli sırasında destek alıyor musunuz?	76,611 (0,000*)
Hastaneye nakil sırasında hangi kurum/araçlardan destek alırsınız?	40,815 (0,000*)
Sizin veya hastanızın en son hastaneye yatışınızın üzerinden ne kadar zaman geçti?	3,031 (0,553)
Alınan Bakım Eğitimi Sayısı	70,075 (0,000*)
Hastanızın/kendinizin güvenliği için aldığınız önlemler var mı? (Emniyet kemeri, koruyucu destek yastıkları, korkuluk vs.)	25,769 (0,000*)
Daha önce afet yaşadınız mı?	142,248 (0,000*)
Bireysel acil durum/afet çantanız var mı?	0,013 (0,910)
Oturduğunuz evin DASK sigortası var mı?	14,515 (0,000*)
Afet/acil durumlar için 7 gün süresince yetecek miktarda ilaç stoğunuz var mı?	30,409 (0,000*)

Aşağıdaki tablolarda anlamlı farklılık bulunan değişkenlere ilişkin tablolar verilmiştir. Tablo içindeki değerler frekans değerini, parantez içindeki değerler ise ilgili değişkenin yüzdesini göstermektedir. İlgili değişkenin Türk ve Suriye vatandaşlarındaki dağılımını incelemek adına yüzdelerden faydalanılır

Tablo 10: Uyruklarına Göre Sahip Olunan Kronik Hastalık Sayısı

Sahip Olunan Kronik Hastalık Sayısı							
1	2	3	4	5	6	7	**Toplam**
35 (21,8%)	56 (34,8%)	53 (32,9%)	15 (9,3%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)	161 (100,0%)
57 (63,3%)	17 (18,9%)	10 (11,1%)	5 (5,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	90 (100,0%)
92 (36,6%)	73 (29,1%)	63 (25,1%)	20 (8,0%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	251 (100,0%)

Tablo 10'a göre, Suriye uyruklu bireylerde kronik hastalık sayısı "1" olan kişilerin yüzdesi %63,3 iken, Türklerde bu yüzde sadece 21,8%'dir. Fakat Türklerde kronik hastalık sayısı "2", "3" veya "4" olan kişilerin yüzdesi de Suriyelilerden daha yüksektir. "5" veya daha fazla kronik hastalığa sahip olanların yüzdesi Türk ve Suriyeli kişi sayısına göre benzerdir. Türklerde bu yüzde %1,2 (0,6%+0,6+) iken Suriyelilerde %1,1'dir.

Tablo 11: Uyruklara Göre Her Gün İlaç Kullanma Durumu Karşılaştırması

		Hastalığınız/hastalıklarınız için her gün ilaç kullanıyor musunuz?		
		Evet	**Hayır**	**Toplam**
Uyruk	**Türkiye**	156 (96,9%)	5 (3,1%)	161 (100,0%)
	Suriye	69 (76,7%)	21 (23,3%)	90 (100,0%)
	Toplam	225 (89,6%)	26 (10,4%)	251 (100,0%)

Türklerde her gün ilaç kullananların yüzdesi çok yüksek olup (96,9%), Suriyelilerde bu yüzde daha düşüktür (76,7%). Tablo 11'de görülen bu karşılaştırmadaki farklılığın büyük nedeni Suriye uyruklu hastaların sağlık okur yazarlıklarının düşük olması olarak düşünülmüştür.

Tablo 12: Uyruklara Göre Her Gün Kullanılan İlaç Sayısı

		Her gün kaç ilaç kullanıyorsunuz?							
	İlaç Sayısı	1	2	3	4	5	6	7+	Toplam
Uyruk	**Türkiye**	11 (7,1%)	10 (6,4%)	23 (14,7%)	15 (9,6%)	16 (10,3%)	34 (21,8 %)	47 (30,1 %)	156 (100,0%)
	Suriye	13 (18,8%)	14 (20,3%)	13 (18,8%)	9 (13,0%)	10 (14,5%)	5 (7,2%)	5 (7,2%)	69 (100,0%)
	Toplam	24 (10,7%)	24 (10,7%)	36 (16,0%)	24 (10,7%)	26 (11,6%)	39 (17,3 %)	52 (23,0 %)	225 (100,0%)

Tabloya 12'e'a göre her gün "6" ve "7+" ilaç kullananların oranı Türk hastalarda, Suriye uyruklu hastalara göre çok daha fazladır. Tam tersine "1" "2" ve "3" ilaç kullananların oranı da Suriyeli sığınmacılarda çok daha yüksektir. Sonuç olarak Türklerde daha fazla ilaç kullananların çoğunluktadır ve Suriyelilerin kullandığı günlük ilaç sayıları daha düşüktür.

Tablo 13: Uyruklara Göre Tıbbi Cihaz Kullanma Durumu

		Hastalığınız için elektrikle çalışan tıbbi cihaz (oksijen makinesi, havalı yatak, ilaç, infüzyon pompası, diğer vs.) kullanıyor musunuz?		
		Evet	Hayır	Toplam
Uyruk	**Türkiye**	51 (31,7%)	110 (68,3%)	161 (100,0%)
	Suriye	6 (6,7%)	84 (93,3%)	90 (100,0%)
	Toplam	57 (22,7%)	194 (77,3%)	251 (10 0,0%)

Tablo 13'te; Suriyelilerin neredeyse tamamı (93,3%) hastalıkları için elektrikle çalışan tıbbi cihaz kullanmıyorken, Türklerde bu oran 68,3%'ye düşmektedir. Elektrikle çalışan tıbbi cihaz kullanım oranı Türklerde daha yüksektir. Kronik hastalıklar için düzenli ilaç ve tıbbi cihaz kullanımı; sağlık raporları ve birtakım prosedürleri bünyesinde barındırdığından, bu hasta ve yakınlarının sağlık imkanlarından yararlanma yeteneğini ve belirli bir sağlık bilgisini gösterdiğine şüphe yoktur. Suriye uyruklu hastalar için bu oranların daha düşük olması bu durumu kanıtlanamaktadır.

Tablo 14: Uyruklara Göre Tıbbi Cihaz Fonksiyon Dışı Kaldığında Alınan Güvenlik Önlemi Karşılaştırması

		Ev ortamında kullandığınız tıbbi cihazlar fonksiyon dışı kaldığında (elektrik kesintisi, bozulma, vs.) aldığınız eğitim/güvenlik önlemi var mı?		
		Evet	Hayır	Toplam
Uyruk	**Türkiye**	26 (16,1%)	135 (83,9%)	161 (100,0%)
	Suriye	0 (0,0%)	90 (100,0%)	90 (100,0%)
		26 (10,4%)	225 (89,6%)	251 (100,0%)

Tablo 14'e göre; Türk vatandaşların 83,9%'u evlerindeki tıbbi cihaz fonksiyon dışı kaldığında bazı eğitim/güvenlik önlemi almışlardır. Fakat Suriyeli vatandaşlara baktığımızda çalışma grubundaki hiçbir Suriyelinin eğitim/güvenlik önlemi almadığı görülmektedir.

Tablo 15: Uyruklara Göre Oksijen Desteğine İhtiyaç Durumu

		Hastalığınız için oksijen desteğine ihtiyacınız var mı?		
		Evet	Hayır	**Toplam**
Uyruk	**Türkiye**	35 (21,7%)	126 (78,3%)	161 (100,0%)
	Suriye	6 (6,7%)	84 (93,3%)	90 (100,0%)
	Toplam	41 (16,3%)	210 (83,7%)	251 (100,0%)

Sürekli oksijen desteğine ihtiyaç duyulması, afet ve acil durum sırasında ve sonrasında hastalar için dezavantajlı bir durumdur. Suriyelilerin çok büyük bir yüzdesi (%93,3) hastalığı dolayısıyla oksijen desteğine ihtiyaç duyarken, Türklerde bu yüzde %78,3'ye düşmektedir. Bu durumun, oksijene bağımlı Suriyeli hastaların acil durum ve afet koşularında daha fazla zorlanması muhtemeldir.

Tablo 16: Uyruklara Göre Hastaların Hareket Bağımsızlığı

		Yürürken/hareket ederken hangi kişi/araçları kullanırsınız?					
		Bakım veren	Baston	Tekerlekli yürüteç	Tekerlekli sandalye	Diğer	**Toplam**
Uyruk	**Türkiye**	121(78,1%)	7(4,5%)	0(0,0%)	27(17,4%)	0(0,0%)	155(100,0%)
	Suriye	44(53,7%)	7(8,5%)	1(1,2%)	28(34,2%)	2(2,4%)	82(100,0%)
	Toplam	165(69,6%)	14(5,9%)	1(0,4%)	55(23,2%)	2(0,8%)	237(100,0%)

Türk vatandaşların büyük çoğunluğu (%78,1) hareket ederken bakım vereninden destek alırken, Suriyelilerde bu oran %53,7'ye düşmektedir. Ayrıca, tekerlekli sandalyeden destek alanların yüzdesi Suriyelilerde (34,1%), Türklerin (17,4%) neredeyse iki katıdır.

Tablo 17: Uyruklarına Göre Acil Durumlarda Başvuru Tercihinin Belirlenmesi

		Hastanızın/kendinizin sağlık durumu değiştiğinde ilk başvuruyu nereye yapıyorsunuz?					
		Evde sağlık hizmetleri	112	Aile hekimliği	Hastane	Diğer	Toplam
Uyruk	**Türkiye**	49 (30,4%)	93 (57,8%)	1 (0,6%)	17 (10,6%)	1 (0,6%)	161 (100,0%)
	Suriye	2 (2,2%)	19 (21,1%)	4 (4,4%)	58 (64,4%)	7 (7,8%)	90 (100,0%)
		51 (20,3%)	112 (44,6%)	5 (2,0%)	75 (29,9%)	8 (3,2%)	251 (100,0%)

Tablo 17'de görüldüğü üzere; Türkiye uyruklu hastalar, sağlık durumu değiştiğinde ilk başvuruyu ya "evde sağlık hizmetlerine" (30,4%) ya da "112'ye" (57,8%) yaparken, Suriye uyruklu hastalar için bu durum daha farklıdır. Suriyelilerin büyük çoğunluğu ilk başvuruyu "hastanelere" (64,4%) yapmaktadır. Suriyelilerde "112'ye" başvuranların oranı sadece 21,1%'dir.

Türklerde hastaneye nakil sırasında destek alanların yüzdesi (%80,7) iken Suriyelilerde ise bu yüzde sadece %24,4'dir. Suriyelilerin büyük çoğunluğu hastaneye nakil sırasında kendi imkanlarını kullanmaktadır.

Türk vatandaşların çok büyük bir kısmı hastaneye nakil sırasında ya "evde sağlık hizmetleri aracı" (%)60,8 ya da "112 ambulans" (%30,0) tan destek almaktadır. Fakat Suriyelilerde durum daha farklıdır. Suriyelilerde belediye ve özel hasta nakil araçlarına başvuran olmamakla birlikte, büyük çoğunluk "112 ambulans" tan destek almaktadır. Bu sonuçlar, dil engelleri ve sağlık okur yazarlığının düşüklüğü sebebiyle Suriyeli hasta ve yakınlarının sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanamadığını ortaya koymaktadır. Afet ve acil durumda sistemin doğru işlemesi için, öncelikle normal zamanda işleyişin düzgün olması gerekmektedir. Suriyeli hasta ve yakınlarının bu konuda kendi dillerinde daha fazla bilgilendirilmesi, sağlık hizmetleri ve imkanlarına ulaşabilmeleri açısından önem taşımaktadır

Tablo 18: Uyruklarına Göre Alınan Bakım Eğitimi Sayısı

		Alınan Bakım Eğitimi Sayısı					
		Almadı	1	2	3	4	**Toplam**
Uyruk	**Türkiye**	61(37,9%)	65(40,4%)	19(11,8%)	14(8,7%)	2(1,2%)	161(100,0%)
	Suriye	83(92,2%)	5(5,6%)	2(2,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	90(100,0%)
	Toplam	144(57,4%)	70(27,9%)	21(8,4%)	14(5,6%)	2(0,8%)	251(100,0%)

Tabloya göre Suriyelilerin 92,2%'sinin hiç bakım eğitimi almadığı görülmektedir. Bu oran, çoğunlukla dil engelinden kaynaklanmaktadır. En fazla "2" bakım eğitimi alan birey vardır. "3" ya da "4" tane bakım eğitimi alan hiçbir Suriyeli yoktur. Türklerde ise bakım eğitimi almayanların oranı sadece %37,9'dir. "1" tane bakım eğitimi alanların oranı %40,4'dir ve ayrıca "3" veya "4" tane bakım eğitimi alanların oranı ise %9,9'dir. Hastalık kontrolü ve bakım eğitimleri, durumun kötüye gitmesini önleyerek, sık hastaneye yatışların önüne geçer.

Tablo 19: Uyruklara Göre Hasta İçin Alınan Güvenlik Önlemlerinin Varlığı

		Hastanızın/kendinizin güvenliği için aldığınız önlemler var mı? (Emniyet kemeri, koruyucu destek yastıkları, korkuluk vs.)		
		Evet	Hayır	**Toplam**
Uyruk	**Türkiye**	81(50,3%)	80(49,7%)	161(100,0%)
	Suriye	16(17,8%)	74(82,2%)	90(100,0%)
	Toplam	97(38,6%)	154(61,4%)	251(100,0%)

Suriyeli hastaların yakınlarının büyük çoğunluğu, hastalarının güvenliği için önlemler almamaktayken (82,2%) Türklerde bu oran 49,7%'dir. Suriyelilerin çok daha büyük bir yüzdesi, hastalarının güvenliği için önlem almamaktadır.

Tablo 20: Uyruklara Göre Afet Deneyimi Değerlendirmesi

		Daha önce afet yaşadınız mı?		
		Evet	Hayır	**Toplam**
Uyruk	**Türkiye**	25(15,5%)	136 (84,5%)	161 (100,0%)
	Suriye	84 (93,3%)	6 (6,7%)	90 (100,0%)
	Toplam	109 (43,4%)	142 (56,6%)	251 (100,0%)

Türklerde, geçmişinde afet yaşayanların yüzdesi sadece %15,5 iken, Suriyelilerde durum tam tersidir. Suriyelilerin neredeyse tamamı (%93,3) geçmişlerinde afet yaşamışlardır. Bunun nedeni Suriye uyruklu hastaların, ülkelerindeki savaşa maruz kalarak, zorunlu göç etmeleridir.

Tablo 21: Uyruklara Göre Zorunlu DASK Sigortası Varlığı

		Oturduğunuz evin DASK sigortası var mı?		
		Evet	Hayır	**Toplam**
Uyruk	**Türkiye**	37 (23,0%)	124 (77,0%)	161 (100,0%)
	Suriye	4 (4,4%)	86 (95,6%)	90 (100,0%)
	Toplam	41 (16,3%)	210 (83,7%)	251 (100,0%)

İki uyruk için de oturdukları evde DASK sigortası olanların yüzdesi çok düşüktür. Fakat Suriyelilerde bu oranın (4,4%) Türklere (23,0%) nazaran çok daha az olduğu görülür. Suriyelilerin neredeyse tamamında evinde DASK sigortası

bulunmamaktadır. Sosyo-ekonomik durum ile bağlantılı olan bu durumun sonucu sosyo ekonomik seviyesi düşük olan Suriyeli bireylerde açıkça görülmektedir.

3.8.4. Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Analizi

Aşağıdaki tablolarda ölçek toplam puanlarının sosyo-demografik bağlı özet istatistikleri ve "Kruskal Wallis One Way ANOVA" p-değerleri verilmiştir. İlgili gruplanmış değişkene göre her bir alt ölçeğin ortalaması ve standart sapması verilmiştir. Ayrıca, anlamlı farklılık bulunan durumlarda farklılıkların hangi ölçeklerde oluştukları da "Dunn's Nonparametric Comparison" testi kullanılarak belirlenmiştir.

Tablo 22: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Kişilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Analizi

	Uyruk				
	Türkiye		**Suriye**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	22,4348	4,2511	19,2000	2,7074	0,000*
Algılanan Ciddiyet	17,3975	3,0089	13,8222	3,2449	0,000*
Algılanan Yarar	27,8944	2,7964	21,2444	4,4045	0,000*
Algılanan Engeller	48,6957	11,2988	41,2000	6,9576	0,000*
Eyleme Geçiriciler	16,0311	6,0801	14,9556	4,0804	0,002*
Öz Yeterlilik	19,6211	9,6766	25,6111	7,8220	0,000*
GAHİÖ*	152,0745	25,9136	136,0333	14,4350	0,000*

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

Tablo 22'e göre; Suriyeli sığınmacıların, "öz yeterlilik" toplam puan ortalamaları, Türk vatandaşların toplam puan ortalamasından daha yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni olarak, Suriyeli sığınmacıların, yaşadıkları göç sebebiyle zor koşulların üstesinden gelme konusunda yeterliliklerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşmak mümkündür. Ayrıca, diğer tüm alt ölçekler ve GAHİÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında Türk vatandaşların hepsinde daha yüksek toplam puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 23: Yaş Gruplarına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

	Yaş Grupları								
	0 – 24		**25 – 44**		**45 – 64**		**65 ve üstü**		**p değeri**
	Ortalama	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	20,5172	3,2672	21,5000	3,9174	22,4359	3,9188	21,2429	4,3825	0,081
Algılanan Ciddiyet	14,6207	3,6650	15,5000	2,8487	16,1538	3,4146	16,7857	3,4050	0,001 *
Algılanan Yarar	22,6207	4,9411	23,5714	5,1097	25,1795	4,8333	26,9929	3,8524	0,000 *
Algılanan Engeller	43,7414	7,5662	46,6429	7,4276	48,7949	10,9187	46,1071	11,6481	0,090
Eyleme Geçiriciler	15,7241	4,5414	16,3571	5,2125	16,1282	4,7138	15,4071	6,0369	0,853
Öz Yeterlilik	25,7931	9,0529	24,8571	7,8137	22,0513	9,0027	19,7143	9,4017	0,000 *
GAHİÖ*	143,0172	18,7424	148,4286	16,6766	150,7436	22,8469	146,2500	26,2678	0,198

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri % 95güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

"Algılanan duyarlık", "algılanan engeller", "eyleme geçiriciler" alt ölçekleri ve GAHİÖ toplam puanları için kişilerin yaşlarına göre anlamlı bir farklılık yoktur.

"Algılanan ciddiyet" ve "algılanan yarar" alt ölçekleri için 95% güven düzeyinde anlamlı farklılık elde edilmiştir. Kişilerin yaşları arttıkça bu iki alt ölçek toplam puanları da yükselmektedir. Bireylerin yaşı arttıkça afetle karşılaşma olasılıklarının farkında olmaları ve hazırlığın faydalarını daha çok kavramış olmaları olarak yorumlanmıştır.

"Öz yeterlilik" alt ölçeği toplam puanları için de anlamlı farklılık elde edilmiştir. Kişilerin yaşları yükseldikçe "öz yeterlilik" toplam puanlarında azalma meydana gelmektedir. Bunun nedeni, ileri yaşla artan yatağa bağımlılık ve engellilik oranının olarak yorumlanmıştır. Yemeğini yemek için, tuvalet için destek alan yatağa bağımlı hastaların, ilk yardım, tahliye ve kurtarma faaliyetlerine katkıda bulunması beklenemez.

Tablo 24: Cinsiyete Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

	Cinsiyet				
	Erkek		**Kadın**		**p değeri**
	Ortalama	**Std.Sapma**	**Ortalama**	**Std.Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	21,2870	4,2006	21,2647	3,9781	0,575
Algılanan Ciddiyet	16,0870	3,5083	16,1397	3,5697	0,788
Algılanan Yarar	25,3217	4,9356	25,6691	4,5101	0,890
Algılanan Engeller	46,1913	10,8263	45,8529	10,4026	0,837
Eyleme Geçiriciler	15,4174	5,3113	15,8382	5,6018	0,350
Öz Yeterlilik	22,6609	9,8416	21,0147	9,1441	0,146
GAHİÖ	146,9652	23,9879	145,7794	23,5949	0,972

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hesaplanan "Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği" ve alt ölçek toplam puanları, kişilerin cinsiyetlerine göre farklılaşma göstermemektedir. Kadın ya da erkek olması toplam puanlar üzerinde bir etkiye sahip değildir.

Tablo 25: Öğrenim Durumlarına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

	Öğrenim Durumu												
	Okur Yazar Değil		**Okur Yazar**		**İlkokul**		**Ortaokul**		**Lise**		**Üniversite**		
	Ort.	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	20,8130	3,8226	20,5588	4,6916	22,1702	4,0125	21,4667	3,5023	22,0556	4,7832	22,8571	4,0164	0,115
Algılanan Ciddiyet	15,1463	3,6410	16,3235	3,7877	17,6170	2,6747	17,3333	3,5389	17,1111	2,7200	16,5000	3,2522	0,001*
Algılanan Yarar	24,0569	4,8994	26,0000	5,2107	27,0638	3,5777	27,6667	3,1091	27,1667	4,1337	27,4286	3,2749	0,000*
Algılanan Engeller	44,2846	9,4621	44,2647	11,6938	48,5319	11,3479	46,5333	10,9405	46,7778	11,1964	55,3571	7,8701	0,002*
Eyleme Geçiriciler	15,4959	5,1523	14,8235	5,6914	17,1915	5,4119	12,6667	5,4598	14,3889	6,5900	18,5714	4,2374	0,010*
Öz Yeterlilik	23,5285	9,3662	19,7353	9,2746	19,2553	8,6940	20,0667	10,2988	18,6667	8,5886	25,5000	10,7828	0,013*
GAHİÖ*	143,3252	22,6221	141,7059	25,5574	151,8298	22,7006	145,7333	25,6806	146,1667	24,3171	166,2143	19,7335	0,004*

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kişilerin öğrenim durumlarına göre toplam puanlar bariz bir şekilde farklılaşma göstermektedir. "Algılanan duyarlılık" alt ölçeği hariç diğer tüm alt ölçeklerde ve genel ölçekte farklılaşmalar vardır. "Okur-yazar olmayanların" ve "okur-yazar olanların" alt ölçeklerden aldıkları toplam puan daha tahsilli kişilere göre daha düşüktür. "Algılanan engeller" ve "öz yeterlilik" alt ölçeklerinde üniversite mezunu kişilerin toplam puanları diğer kişilerden daha yüksektir. Bunun haricinde alt ölçek toplam puanları genel olarak rasgele oluşmuştur ve rasgele farklılaşmalar içermektedir. GAHİÖ için de anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yine genel ölçek için de üniversite mezunu kişilerin toplam puanları daha düşük tahsilli kişilere göre bariz bir şekilde daha yüksektir.

Tablo 26: Medeni Durumlarına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

	Medeni Durum								
	Evli		**Bekar**		**Boşanmış/Eşinden Ayrılmış**		**Dul/Eşi Ölmüş**		**P değeri**
	Ort.	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	21,3860	4,5593	20,8767	3,5470	23,6667	1,5275	21,4262	3,7791	0,188
Algılanan Ciddiyet	16,5175	3,5479	14,9452	3,7001	15,3333	1,1547	16,8033	3,0649	0,009*
Algılanan Yarar	26,1667	4,6428	23,0959	4,8681	25,6667	5,1316	27,1639	3,4018	0,000*
Algılanan Engeller	46,4386	11,4814	43,9452	8,0895	46,3333	8,0 208	47,6557	11,3605	0,126
Eyleme Geçiriciler	15,1754	5,7978	15,7945	4,7462	19,6667	1,5275	16,1475	5,6974	0,288
Öz Yeterlilik	20,6228	9,4094	24,8082	9,2205	30,6667	5,0332	19,8361	9,1582	0,001*
GAHİÖ*	146,3070	25,2099	143,4658	19,7983	161,3333	16,6232	149,0328	25,3416	0,180

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

"Algılanan ciddiyet" ve "algılanan yarar" alt ölçeklerinde bekâr olan kişilerin toplam puanlarının evli olan ya da evlilik yaşamış (boşanmış, dul) kişilerden daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca "öz yeterlilik" alt ölçeğine bakılırsa, boşanan/eşinden ayrılan kişiler ve bekârların toplam puanlarının diğerlerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Yani kendi isteğiyle tek olan (bekar veya boşanmış) kişilerin öz yeterlilikleri evli ya da dul kişilerden daha fazladır. Diğer alt ölçekler ve

genel ölçek için istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Medeni durumun genel ölçek toplam puanları üzerinde bir etkisi yoktur.

Tablo 27: Yaşanılan Yere Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

	Nerede Yaşıyorsunuz?						
	Kendi Evimde		**Kirada**		**Bakıcımın Evi**		**p değeri**
	Ortalama	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	22,7573	3,8741	20,1301	3,2742	20,8000	6,1779	0,000*
Algılanan Ciddiyet	17,2524	2,6961	14,8211	3,5390	17,8000	4,3011	0,000*
Algılanan Yarar	27,9223	2,5075	22,9268	4,8538	28,2800	4,0979	0,000*
Algılanan Engeller	49,4660	9,7566	43,6829	9,4011	43,2000	14,9888	0,000*
Eyleme Geçiriciler	16,1262	5,8337	15,5285	4,6892	14,2400	7,1721	0,135
Öz Yeterlilik	20,9223	9,9209	23,9431	8,5835	14,5600	7,9481	0,000*
GAHİÖ*	154,4466	23,3085	141,0325	18,8944	138,8800	35,5015	0,000*

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

"Eyleme geçiriciler" alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde ve genel ölçek toplam puanlarında yaşanılan yere göre farklılıklar söz konusudur. "Algılanan duyarlılık" ve "algılanan engeller" toplam puanları kendi evinde oturanlarda diğerlerine nazaran daha yüksek çıkmıştır. "Algılanan ciddiyet" ve "algılanan yarar" alt ölçeklerinde ise kirada yaşayan kişilerin toplam puanlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu görülür. Bakıcısının evinde yaşayan kişilerin "öz yeterlilik" toplam puanlarının diğer kişilerden daha düşük olduğu görülür. Genel ölçeğe bakıldığında ise en yüksek toplam puan ortalaması kendi evinde yaşayanlarda, sonra kirada yaşayanlarda görülmektedir. En düşük toplam puan ortalaması ise bakıcısının evinde yaşayanlarda görülür.

Tablo 28: Bakım Ödemesi Alma Durumuna Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

	Herhangi bir kurumdan Hasta/Yaşlılık Bakım ödemesi alıyor musunuz?				
	Evet		**Hayır**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std.Sapma**	**Ortalama**	**Std.Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	20,9700	3,7751	21,4768	4,2596	0,359
Algılanan Ciddiyet	15,4800	3,6334	16,5364	3,4152	0,026*
Algılanan Yarar	24,5400	5,0859	26,1523	4,3308	0,014*
Algılanan Engeller	45,1400	9,9889	46,5828	10,9467	0,344
Eyleme Geçiriciler	15,6600	5,1565	15,6358	5,6750	0,688
Öz Yeterlilik	22,7200	9,3841	21,1391	9,5324	0,222
GAHİÖ*	144,5100	22,7078	147,5232	24,3923	0,443

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kişilerin hastalıkları için bakım ödemesi alıyor ya da almıyor olması, "Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği" ve "algılanan duyarlılık", "algılanan engeller", "eyleme geçiriciler", "öz yeterlilik" alt ölçekleri toplam puanlarında bir değişkenlik yaratmamaktadır. Fakat "algılanan ciddiyet" ve "algılanan yarar" alt ölçek toplam puanları için bakım ödemesi almayan kişilerin toplam puanlarının, alanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

3.8.5. Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanlarının Kişilerin Sağlık Durumu ve Afet/Acil Duruma Hazırlık Sorularına Göre Analizi

Aşağıdaki tablolarda ölçek toplam puanlarının sosyo-demografik bağlı özet istatistikleri ve "Kruskal Wallis One Way ANOVA" p-değerleri verilmiştir. İlgili gruplanmış değişkene göre her bir alt ölçeğin ortalaması ve standart sapması verilmiştir. Ayrıca, anlamlı farklılık bulunan durumlarda farklılıkların hangi ölçeklerde oluştukları da "Dunn's Nonparametric Comparison" testi kullanılarak belirlenmiştir

Tablo 29: Kronik Hastalık Sayısına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

	Kronik Hastalık Sayısı														
	1		**2**		**3**		**4**		**5**		**6**		**7**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	20,7717	3,7944	2 1,3288	3,8007	21,6190	4,8607	22,0500	3,3946	28,0000	-	24,0000	-	17,0000	-	0,098
Algılanan Ciddiyet	15,0109	3,4751	16,9041	3,5204	16,5556	3,4862	16,5000	3,0348	17,0000	-	20,0000	-	20,0000	-	0,008*
Algılanan Yarar	23,4457	5,0238	26,9589	3,9666	26,6349	4,0849	26,1500	4,5453	21,0000	-	26,0000	-	30,0000	-	0,000*
Algılanan Engeller	43,6413	8,2095	46,9315	11,1384	47,7619	12,2061	47,9500	12,1112	51,0000	-	46,0000	-	42,0000	-	0,104
Eyleme Geçiriciler	15,3696	4,8555	15,1370	5,7501	16,7460	5,9675	15,7500	5,1080	21,0000	-	9,0000	-	8,0000	-	0,091
Öz Yeterlilik	23,7174	8,7709	21,2329	10,2706	19,2553	8,6940	21,3500	9,6587	40,0000	-	12,0000	-	12,0000	-	0,094
GAHİÖ*	141,9565	19,0862	148,4932	25,0544	149,0159	26,8445	149,7500	26,7913	178,0000	-	137,0000	-	129,0000	-	0,086

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kişilerin kronik hastalık sayılarına göre değişimine bakıldığında, "algılanan ciddiyet" ve "algılanan yarar" alt ölçekleri için 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. "Algılanan ciddiyet" toplam puanları, kronik hastalık sayısı arttıkça yükselme eğilimindedir. Fakat özellikle en az 6 kronik hastalığı bulunan kişilerin toplam puanları diğer kişilere göre çok yüksektir. Ayrıca, kronik hastalık sayısı azaldıkça "algılanan yarar" toplam puanlarında da azalma görülmektedir.

Tablo 30: Her Gün İlaç Kullanma Durumuna Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

	Hastalığınız/hastalıklarınız için her gün ilaç kullanıyor musunuz?				
	Evet		**Hayır**		**p değeri**
	Ortalama	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	21,3156	4,2229	20,9231	2,4482	0,540
Algılanan Ciddiyet	16,3111	3,5293	14,4231	3,1644	0,005*
Algılanan Yarar	25,8311	4,5969	22,7308	4,7879	0,002*
Algılanan Engeller	46,1600	10,9059	44,6923	7,1708	0,337
Eyleme Geçiriciler	15,6133	5,5651	15,9231	4,5775	0,803
Öz Yeterlilik	21,3867	9,5812	25,0769	8,0444	0,034*
GAHİÖ*	146,6178	24,6296	143,7692	13,8139	0,471

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

"Algılanan ciddiyet", "algılanan yarar" ve "öz yeterlilik" alt ölçekleri için istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Hastalıkları için her gün ilaç kullanan kişilerin "algılanan ciddiyet" ve "algılanan yarar" alt ölçek toplamları her gün ilaç kullanmayan kişilere göre daha yüksektir. Ayrıca, hastalıkları için her gün ilaç kullanmayan kişilerin "öz yeterlilik" toplam puanları ise her gün ilaç kullanan kişilere göre daha yüksektir. Diğer alt ölçekler ve genel afete hazırlık inanç ölçeği toplam puanları her gün ilaç kullanımına göre değişkenlik göstermez.

Tablo 31: Kullanılan İlaç Sayısına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

	Her gün kaç ilaç kullanıyorsunuz?														
	1		**2**		**3**		**4**		**5**		**6**		**7+**		
	Ort.	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**Ort.**	**Std. Sapma**	**p-değeri**
Algılanan Duyarlılık	21,6667	3,5954	20,4167	2,8729	21,2222	4,6421	19,8333	3,9745	20,6923	5,1128	21,2051	4,1114	22,7115	4,2163	0,048*
Algılanan Ciddiyet	14,1250	3,2210	16,2500	3,5293	15,7222	3,8590	16,2500	3,4294	15,8846	3,9428	17,0769	2,8133	17,4231	3,3275	0,006*
Algılanan Yarar	23,2500	4,7112	24,5417	5,3485	25,0833	4,7711	25,4167	4,6710	26,0769	5,1374	27,4872	3,1445	26,9615	4,0388	0,005*
Algılanan Engeller	46,5417	10,2913	45,0417	8,9708	45,0556	11,4266	42,7917	11,7213	44,1154	9,2101	45,4615	11,3898	50,3654	11,0062	0,095
Eyleme Geçiriciler	18,1250	3,0261	15,6250	4,8884	14,7500	6,0962	14,2500	4,8476	13,9231	6,2923	16,1026	5,4714	16,1538	6,0823	0,148
Öz Yeterlilik	26,6250	6,1348	23,7500	10,4100	22,3889	9,4242	18,3333	8,9523	18,1923	8,9756	20,0513	9,2819	21,1923	10,4563	0,024*
GAHİÖ*	150,3333	20,7462	145,6250	21,1615	144,2222	29,9066	136,8750	23,7089	138,8846	22,6756	147,3846	21,4569	154,8077	25,5128	0,033*

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Algılanan engeller" toplam puanlarına bakıldığında günlük 1 ve 7 ilaç kullanan kişilerin toplam puanları diğer kişilere göre daha yüksektir. "Algılanan ciddiyet" ve "algılanan yarar" toplam puanları kişilerin günlük kullandıkları ilaç sayısı arttıkça yükselme eğilimindedir. Günlük 1 ilaç kullanan kişilerin "öz yeterlilik" toplam puanları daha fazla ilaç kullananlara göre daha yüksektir. "Genel afete hazırlık inanç ölçeğine" bakıldığı zaman günlük ilaç sayısı 7+ olan kişilerin toplam puanlarının daha az ilaç kullananlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 32: Hastalığı İçin Elektrikli Tıbbi Cihaz Kullanımına Göre Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

	Hastalığınız için elektrikle çalışan tıbbi cihaz (oksijen makinesi, havalı yatak, ilaç, infüzyon pompası, diğer vs.) kullanıyor musunuz?				
	Evet		**Hayır**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	22,8596	3,8052	20,8093	4,0412	0,000*
Algılanan Ciddiyet	17,6667	3,2586	15,6598	3,4905	0,000*
Algılanan Yarar	27,7544	3,3556	24,8505	4,8440	0,000*
Algılanan Engeller	48,2281	10,2713	45,3557	10,6051	0,110
Eyleme Geçiriciler	15,2281	6,4835	15,7680	5,1387	0,821
Öz Yeterlilik	17,6667	10,2562	22,9742	8,9230	0,000*
GAHİÖ*	149,4035	22,8550	145,4175	23,9701	0,479

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

Hastalığı için elektrikle çalışan tıbbi cihaz kullanan kişilerin "algılanan duyarlılık", "algılanan ciddiyet" ve "algılanan yarar" toplam puanları kullanmayanlara göre daha yüksektir. "Öz yeterlilik" toplam puanları için tam tersi durum mevcuttur. Elektrikli tıbbi cihaz kullanmayanların "öz yeterlilik" toplam puanları kullananlara göre daha yüksektir. Diğer alt ölçekler ve genel afete hazırlık inanç ölçeği için anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 33: Elektrikli Tıbbi Cihazların Fonksiyon Dışı Kaldığında Alınan Güvenlik Önlemine Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

	Ev ortamında kullandığınız tıbbi cihazlar fonksiyon dışı kaldığında (elektrik kesintisi, bozulma, vs.) aldığınız eğitim/güvenlik önlemi var mı?				
	Evet		**Hayır**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std.Sapma**	**Ortalama**	**Std.Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	23,5000	3,3015	21,0178	4,0817	0,002*
Algılanan Ciddiyet	17,8846	3,0110	15,9111	3,5394	0,005*
Algılanan Yarar	28,1923	2,2274	25,2000	4,8171	0,003*
Algılanan Engeller	51,7308	8,2972	45,3467	10,6290	0,003*
Eyleme Geçiriciler	17,4231	5,9408	15,4400	5,3824	0,017*
Öz Yeterlilik	18,1538	10,5553	22,1867	9,2904	0,017*
GAHİÖ*	156,8846	21,0415	145,1022	23,7677	0,024

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tüm alt ölçekler ve genel ölçek için 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göze çarpmaktadır. Tıbbi cihazlar fonksiyon dışı kaldığı durumlar için eğitim/güvenlik önlemi almayan kişilerde "öz yeterlilik" toplam puanlarının önlem alan kişilere göre daha yüksek olduğu görülür. Diğer tüm alt ölçekler ve genel ölçek için "ev ortamında kullandığı tıbbi cihaz fonksiyon dışı kaldığında eğitim/güvenlik önlemi alan" kişilerde toplam puanların almayanlara göre daha yüksek olduğu görülür.

Tablo 34: Oksijen Kullanımına Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

	Hastalığınız için oksijen desteğine ihtiyacınız var mı?				
	Evet		**Hayır**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std.Sapma**	**Ortalama**	**Std.Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	21,6585	4,1629	21,2000	4,0614	0,329
Algılanan Ciddiyet	16,9268	3,7775	15,9571	3,4728	0,067
Algılanan Yarar	26,9512	3,8206	25,2286	4,8147	0,031*
Algılanan Engeller	44,7561	10,8760	46,2524	10,5289	0,516
Eyleme Geçiriciler	13,1951	6,6453	16,1238	5,0843	0,022*
Öz Yeterlilik	15,0244	8,2294	23,0857	9,1663	0,000*
GAHİÖ*	138,5122	22,8922	147,8476	23,6492	0,028*

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hastalığı için oksijen desteğine ihtiyaç duyan kişilerde "algılanan yarar" toplam puanları ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksektir. "Eyleme geçiriciler", "öz yeterlilik" alt ölçekleri ve "genel afete hazırlık inanç ölçeği" toplam puanları için ise hastalığı için oksijen desteğine ihtiyaç duymayanların elde ettikleri toplam puanlar daha yüksektir.

Hastanın sağlık durumu değiştiğinde ilk başvuru yaptığı yerin genel ölçek ve tüm alt ölçekler üzerinde açıkça görülen bir etkisi vardır. Aşağıda Tablo 35'e göre "algılanan duyarlılık", "algılanan ciddiyet" ve "algılanan yarar" alt ölçek toplam puanlarının, ilk başvuruyu hastaneye ve belirtmek istemeyenlerde (diğer) diğerlerine göre daha düşük olduğu görülmüştür. "Algılanan engeller" ve "eyleme geçiriciler" toplam puanları ilk başvuruyu "evde sağlık hizmetleri" ne yapan kişilerde diğer kişilere göre daha yüksektir.

Tablo 35: Sağlık Durumu Değiştiğinde İlk Başvurulan Kuruma Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

	Hastanızın/kendinizin sağlık durumu değiştiğinde ilk başvuruyu nereye yapıyorsunuz?										
	Evde sağlık hizmetleri		**112**		**Aile hekimliği**		**Hastane**		**Diğer**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	22,8431	3,8800	21,6518	4,6260	21,2000	1,9235	19,9200	2,9027	18,7500	2,7124	0,000*
Algılanan Ciddiyet	16,2157	2,9685	17,3214	3,4490	17,0000	4,1231	14,4000	3,3369	14,1250	2,6959	0,000*
Algılanan Yarar	26,8824	3,2412	27,3393	3,8847	24,0000	6,3639	22,3733	4,7839	21,5000	4,2426	0,000*
Algılanan Engeller	52,8039	9,0752	45,3929	11,9506	45,8000	7,7910	42,6133	7,5496	43,2500	5,6505	0,000*
Eyleme Geçiriciler	18,4902	4,1297	14,5536	6,4638	11,2000	4,8682	15,5733	3,9700	16,2500	3,0118	0,000*
Öz Yeterlilik	24,2353	8,8466	18,0982	9,4639	16,6000	9,0443	25,5333	7,8883	25,3750	9,1953	0,000*
GAHİÖ*	161,4706	22,2525	144,3571	27,5494	135,8000	9,5236	140,4133	14,2706	139,2500	9,9821	0,000*

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

En yüksek “öz yeterlilik toplam puanları ilk başvuruyu hastaneye ve belirtmek istemeyenlerde görülmüştür. Ayrıca ilk başvuruyu aile hekimliğine yapan kişilerin öz yeterlilikleri diğer kişilere göre daha düşüktür. Genel afete hazırlık inanç ölçeğinde ise ilk başvuruyu “evde sağlık hizmetleri” ne yapanların toplam puanlarının diğer kişilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, sağlık okuryazarlığının bir sonucu olarak, sağlık durumunun değiştiği durumlarda bakım verenin, acil durumlarda ve gerektiğinde doğru hizmeti alabilmesi, yüksek farkındalık düzeyiyle doğrudan alakalıdır.

Tablo 36: Hastaneye Yatış Sıklığına Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

	Sizin veya hastanızın en son hastaneye yatışınızın üzerinden ne kadar zaman geçti?										
	1 aydan az		**1 aydan fazla**		**3 ay**		**6 ay**		**1 yıl**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	20,0000	4,0490	21,0294	4,2674	21,6486	3,7580	22,5882	3,4825	21,9710	4,1443	0,021*
Algılanan Ciddiyet	15,6494	3,4250	15,7353	3,6952	17,0270	3,1927	16,1176	3,6328	16,3333	3,6848	0,295
Algılanan Yarar	24,9870	4,7169	25,2647	4,7565	26,0811	4,7922	25,6765	3,8354	25,8261	5,0554	0,449
Algılanan Engeller	44,3636	11,1046	48,5000	10,4046	46,6486	9,5458	47,5882	9,1787	45,4928	11,1376	0,375
Eyleme Geçiriciler	14,3247	5,7889	17,0882	4,2166	14,7568	5,8708	16,6765	5,5635	16,3768	5,0877	0,059
Öz Yeterlilik	21,9351	10,2627	20,7647	8,0455	21,6216	10,1881	23,7059	10,6016	21,2029	8,3359	0,793
GAHİÖ*	141,2597	26,6302	148,3824	19,4936	147,7838	21,0503	152,3529	23,0767	147,2029	23,4499	0,252

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hastaların en son hastaneye yatışları üzerinden geçen zaman, sadece "algılanan duyarlılık" toplam puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir. Buna göre en son 1 aydan kısa bir süre önce hastaneye yatanların, algılanan duyarlılık toplam puan ortalamaları daha uzun süre önce hastaneye yatanlardan daha düşüktür. Diğer tüm alt ölçekler ve genel ölçekte anlamlı bir farklılık elde edilememiştir.

Tablo 37: Güvenlik Önlemlerinin Varlığına Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

	Hastanızın/kendinizin güvenliği için aldığınız önlemler var mı? (Emniyet kemeri, koruyucu destek yastıkları, korkuluk vs.)				
	Evet		**Hayır**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std.Sapma**	**Ortalama**	**Std.Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	21,8557	3,6883	20,9091	4,2693	0,008*
Algılanan Ciddiyet	16,8866	3,2011	15,6299	3,6567	0,006*
Algılanan Yarar	26,7629	3,7963	24,7208	5,0481	0,006*
Algılanan Engeller	47,8866	10,2549	44,8247	10,6409	0,020*
Eyleme Geçiriciler	15,1959	5,9312	15,9286	5,1476	0,527
Öz Yeterlilik	20,4433	10,2662	22,6039	8,8940	0,057
GAHİÖ*	**149,0309**	**24,0383**	**144,6169**	**23,4604**	**0,128**

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

"Algılanan duyarlılık", "algılanan ciddiyet", "algılanan yarar" ve "algılanan engeller" toplam puan ortalamaları, kendi güvenliği için önlem alan kişilerde almayanlara göre daha yüksektir. Diğer alt ölçekler ve genel ölçek için önlem alma durumunun bir etkisi bulunmamaktadır.

Tablo 38: Afet Deneyimine Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

	Daha önce afet yaşadınız mı?				
	Evet		**Hayır**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	19,7523	3,6213	22,4437	4,0256	0,000*
Algılanan Ciddiyet	14,7156	3,6364	17,1901	3,0572	0,000*
Algılanan Yarar	22,6330	4,9938	27,7183	2,9687	0,000*
Algılanan Engeller	42,5596	8,5931	48,6549	11,2079	0,000*
Eyleme Geçiriciler	14,9358	4,8672	16,1901	5,8393	0,004*
Öz Yeterlilik	23,2752	8,8053	20,6127	9,8527	0,006*
GAHİÖ*	137,8716	18,0257	152,8099	25,5423	0,000*

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kişinin afet yaşama durumu tüm alt ölçekler ve genel ölçek üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yaratmaktadır. Daha önce afet yaşayan kişilerin öz yeterlilikleri yaşamayanlara göre daha yüksektir. Diğer tüm alt ölçekler ve genel ölçek için, daha önce afet yaşamayan kişilerin toplam puan ortalamaları daha önce afet yaşayan kişilerin toplam puan ortalamalarından daha yüksektir.

Tablo 39: Afet Çantası Hazırlığına Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

	Bireysel acil durum/afet çantanız var mı?				
	Evet		**Hayır**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std.Sapma**	**Ortalama**	**Std.Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	23,4348	5,3921	21,0570	3,8645	0,039*
Algılanan Ciddiyet	16,5217	3,9642	16,0746	3,4955	0,499
Algılanan Yarar	26,2609	4,1584	25,4342	4,7566	0,385
Algılanan Engeller	52,0435	13,3976	45,3991	10,0891	0,027*
Eyleme Geçiriciler	18,8696	4,8739	15,3202	5,4237	0,001*
Öz Yeterlilik	25,0870	10,5136	21,4342	9,3365	0,154
GAHİÖ*	162,2174	30,3449	144,7193	22,4283	0,004*

"Algılanan duyarlılık", "algılanan engeller", "eyleme geçiriciler" alt ölçekleri ve "genel afete hazırlık inanç ölçeği" toplam puan ortalamaları bireysel acil durum/afet çantası olan kişilerde olmayanlardan daha yüksek çıkmıştır. Diğer alt ölçekler için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 40: Zorunlu DASK Sigortası Varlığına Göre Genel Afete Hazırlık Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi

	Oturduğunuz evin DASK sigortası var mı?				
	Evet		**Hayır**		**p-değeri**
	Ortalama	**Std. Sapma**	**Ortalama**	**Std. Sapma**	
Algılanan Duyarlılık	23,3659	4,3460	20,8667	3,8996	0,001*
Algılanan Ciddiyet	17,4878	3,1074	15,8476	3,5575	0,004*
Algılanan Yarar	27,2195	3,4388	25,1762	4,8491	0,018*
Algılanan Engeller	49,5366	9,5684	45,3190	10,6500	0,022*
Eyleme Geçiriciler	15,7805	6,1298	15,6190	5,3398	0,653
Öz Yeterlilik	22,4390	10,9042	21,6381	9,2079	0,609
GAHİÖ*	155,8293	22,5875	144,4667	23,5595	0,005*

(*) Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

(*) p-değeri 95% güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

"Algılanan duyarlılık", "algılanan ciddiyet", "algılanan yarar" ve "algılanan engeller" alt ölçekleri ve "genel afete hazırlık inanç ölçeği" toplam puan ortalamaları, oturduğu evde zorunlu DASK sigortası olan kişilerde olmayanlardan daha yüksek çıkmıştır. Diğer alt ölçekler için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Afete hazırlık aşamasında, oturduğu konutu DASK zorunlu deprem sigortası ile sigorta yaptırmak olası depreme karşı oluşabilecek yıkımda barınma ihtiyacını göz önünde bulunduran, afete karşı plan yapan bireyleri temsil eder.

3.9. TARTIŞMA

Kronik hastalığa sahip bireylerin afete hazırlığa olan inançlarının incelendiği araştırmada, hastaların sosyo demografik özellikleri, fiziksel sağlık ve engel durumları, afet riski algısı, afet deneyimleri gibi değişkenlere ışık tutulmuş, elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Araştırmamızda, katılımcıların sorulara verdiği yanıtlara göre varılan sonuçlar şu başlıklar altında değerlendirilecektir.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların yaş profili, fiziksel sağlık ve engel durumları

Evde sağlık hasta/yakınlarının sağlık okur yazarlığı seviyesi

Göç mağduru Suriyeli Sığınmacıların sağlık okur yazarlığının düşüklüğüne bağlı yaşadığı sorunlar

Kronik hastalığa sahip evde sağlık birimi hastalarının afete hazırlığını etkileyen faktörler

3.9.1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yaş Profili, Fiziksel Sağlık ve Engel Durumları

Birleşmiş Milletler Uluslararası Afet Risklerini Azaltma Stratejileri (UNISDR)'a göre, zarar görebilirlik, tehlikelerin hedefindeki birey, topluluklar veya sistemlerin, afetten daha fazla etkilenmesine neden olan fiziksel, çevresel, ekonomik ve sosyal durum veya süreçlerdir (UNGA, 2016: 24).

Avrupa Komisyonu raporunda belirtildiği gibi, acil durum/ afet sırasında ve sonrasında, hareket kısıtlılığı, görme, işitme veya konuşma engeli gibi fiziksel engeller, uyarıları anlamayı ve yanıt vermeyi geciktireceği ve olay yerinden uzaklaşma, tahliye alanına ulaşma, afet sonrası temel ihtiyaçlara ulaşmada zorluk çekilebileceği için, kronik hastalıklığa sahip bireyler, ilaç ve tıbbi bakım ihtiyaçları olduğu için, afetten daha fazla etkilenirler. (De Groeve ve diğerleri & European Commission, 2015:44-45)

Çalışmada, afetlerde zarar görebilir grup kapsamında yer alan ileri yaş, kronik hastalık durumu ve engel durumları tespit edilmiş ve karşılaştırılmıştır.

Evde sağlık hizmetlerinin bakım verdiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzeri olmakla birlikte, ev ortamında uzun süreli tıbbi bakımı gerektiren kronik hastalığı olan her yaş grubundan hastaları, çocuk ve bebekleri de kapsamaktadır (Özer ve Şantaş, 2012: 96). Araştırmada, İzmir ili kapsamında evde sağlık hizmeti alan 251 hastanın %55,8'inin 65 yaş ve üstü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Çatak ve diğerlerinin Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %44,4 ünün 70-79 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Çatak ve diğerleri, 2012: 19). Karaman ve diğerlerinin, Zonguldak Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi'ne kayıtlı hastalar üzerinde yaptığı araştırmada hastaların %88,1' inin 65 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir (Karaman ve diğerleri, 2015: 353). Enginyurt ve Öngel'in Ordu'da evde bakım hizmeti alan 125 hasta ile yaptıkları araştırmada; hastaların %64'ünün 70 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir (Enginyurt ve Öngel, 2012: 47). Samsun'da evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastalar üzerinde yapılan çalışmada hastaların %47,4'ünün 66-85 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Çubukçu ve Yazıcıoğlu, 2016: 328).

Yapılan araştırma sonuçlarıyla paralel olacak şekilde, çalışmada, İzmir ilinde evde sağlık hizmeti alan hastaların çoğunluğunun 65 yaş üzeri olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda, afet ve acil durumlarda tahliye sorunlarını ortaya çıkaran fiziksel engel durumu değerlendirildiğinde (Tablo 5), evde sağlık hizmetlerinden bakım desteği alan 251 hastanın %63,3 ünün birden fazla kronik hastalıkları bulunmakla birlikte, bu hastalıklar, %35,2 nörolojik hastalıklar, %27,8'i kalp ve damar hastalığı, %7,0 si KOAH, %2,7'si kanser, %12,4 ü diyabet, 14,1'i alzheimer, demans,

psikiyatrik hastalıklar, %0,7 kby (kronik böbrek yetmezliği), %0,1 i guatr olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların %76,9'u hastalığı nedeniyle yatağa bağımlı olduklarını, %94,4'ü yürürken/hareket ederken yardıma ihtiyaç duyduğunu beyan etmişlerdir. 251 hastanın %98'inde toplamda 474 tane fiziksel engel belirtmişlerdir. Toplam 474 olan fiziksel engelin, %50'si hareket kaybı, %23,8'i konuşma bozukluğu, %15,2'si görme kaybı, %11,0 işitme kaybı olarak sınıflandırılmıştır.

2012 yılında Burdur'da evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri 140 hastanın sağlık profili incelendiğinde, hastaların birden çok kronik hastalığı olmakla birlikte, %48,1'inde hipertansiyon, %22,2'sinde kardiyovasküler hastalıklar ve %15,7'sinde diabetes mellitus, %39,8'inde tam ya da kısmi inme bulunmaktadır. Bu hastalıklara sahip olan yaşlı hastaların, %27,8'i yatağa tam bağımlı, büyük çoğunluğu günlük yaşam aktivitelerinin devamı için bakım verenin desteğine bağımlı durumda olduğu saptanmıştır (Çatak ve diğerleri, 2012: 19). Işık ve diğerlerinin, Kırıkkale'de evde sağlık hizmeti alan 214 hasta ile yürüttüğü çalışmasında, yine birden fazla kronik hastalık bildirilmekle birlikte, %27,4 ile uzuv ve kalça kırıkları, %18,8 hipertansiyon, %14,1 felç %6,6 nörolojik hastalıklar, %10,4 kalp hastalıkları %9,4 alzheimer ve diğer hastalıklar bulunmaktadır. Hastaların hareket bağımsızlık değerlendirmesi, Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) indeksine göre %40,2'sinin bağımlı, %21'inin yarı bağımlı olduğu saptanmıştır (Işık ve diğerleri, 2016:178) Karaman ve diğerlerinin Zonguldak'ta Evde Sağlık Hizmetleri koordinasyon merkezine kayıtlı hastalar üzerinde yaptığı araştırmada, hastaların %51,6'sının nörolojik, %12,8'inin solunum sistemi hastalıkları, %7,3'ünün endokrin sistemi hastalıkları, %7,2'sinin kardiyovasküler sistem hastalıkları ve %6,4'ünün onkolojik hastalıkları olduğu tespit edilmiştir (Karaman ve diğerleri, 2015: 353). Çubukçu ve Yazıcıoğlu'nun çalışmasında, en sık tespit edilen hastalıklar; %21,4 serebrovasküler olay, %15,2 'si hipertansiyon ve %12,2'si Alzheimer hastalığı olmuştur (Çubukçu ve Yazıcıoğlu, 2016: 329). Auvinen ve diğerlerinin Finlandiya'da 512 evde bakım hastası ile yaptığı araştırmada, evde sağlık hizmeti alan hastaların ortalama yaşı 84 olduğu ve hasta başına ortalama kronik hastalık sayısının 6.3 olduğu saptanmıştır. Kaydedilen kronik hastalıklardan en yaygın olanları kardiyovasküler hastalıklar ve bunu kas-iskelet sistemi hastalıkları, diyabet, serebrovasküler hastalıklar ve herhangi bir tipte teşhis

edilmiş demans takip etmiştir. Hastaların çoğunun günlük yaşamda yardıma bağımlı olduğu, kullandığı ortalama ilaç sayısının ortalama sayısı 15 ve düzenli olarak alınan ilaçların sayısı 10 olduğu saptanmıştır (Auvinen ve diğerleri, 2019:1475). Bitek ve diğerlerinin Kırklareli'de evde sağlık Hizmetlerine kayıtlı 86 yaşlı hasta ile yaptığı araştırmada, bireylerin ilk üç sırada görülen kronik hastalıkları; %36 sı nörolojik hastalıklar, %34'ü kardiyovasküler hastalıklar ve %29'u kas iskelet sistemi hastalıkları olarak sıralanmıştır. Fiziksel engel durumu incelendiğinde, hastaların %64'ünde ağır düzeyde yeti yitimi olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların %34'ü günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlıdır ve %57'si günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı araç kullanmaktadır (Bitek ve diğerleri, 2019: 1). Enginyurt ve Öngel'in çalışmasında, araştırma grubunda en sık tespit edilen iki hastalığın nörolojik hastalıklar grubunda yer alan serebrovasküler hastalıklar ve Alzheimer hastalığı olduğu bulunmuştur (Enginyurt ve Öngel, 2012: 47). Osakwe ve diğerlerinin ABD de bulunan sağlık sigortaları Medicare ve Medicaid'e kayıtlı evde sağlık hizmeti alan hastaların değerlendirdiği araştırmasında, evde bakım hastalarının çoğunun kadın ve ortalama yaş 77 olduğu saptamıştır. Hastaların yaklaşık üçte ikisinde (% 5) günlük yaşam aktivitelerinde şiddetli bağımlılık bulunmakta olduğu saptanmıştır (Osakwe ve diğerleri, 2019:5). Evde bakım gerektiren iki ana hasta kategorisi inme, bunama veya dejeneratif nörolojik rahatsızlığı olan yaşlılar ve palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalardan oluştuğu literatürde de vurgulanmıştır (WHO, 2004: 47).

Yılmaz ve diğerlerinin ortopedik engelli bireyler ile yaptığı Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği uygulamasında, ortopedik engelli bireylerin, afetlerde öz bakım yeterliliği gerektiren uygulamaları yapmaya yönelik inancın düşük olduğu, üniversite mezunu olanların öz-bakım yeterliliklerinin, okula gitmeyenlerden ve lise mezunlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yılmaz ve diğerleri, 2019:20).

Wyte-Lake ve diğerlerinin, evde profesyonel sağlık hizmeti alan hastaların afete hazırlık düzeyini etkileyen değişkenleri araştırdığı çalışmasında, hastaların yaş ortalamasının 76.5, ortalama 8 veya daha fazla kronik duruma sahip olduğu ve % 47'sinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu saptanmıştır.Afete hazırlık düzeyin etkileyen faktörlerin başında engellilik nedeniyle hastaya ve / veya bakıcıya sağlanan materyallerin kullanılmasındaki zorluklar, ileri yaş ve mental sorunlara bağlı

azalan sağlık okuryazarlığı ve yaşanılan bölgenin afet riskinin az olmasının afete hazırlıkta olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır (Wyte-Lake ve diğerleri, 2016:273).

Birbirine paralel çıkan bu sonuçlar, evde sağlık hizmetlerinden bakım hizmeti alan hastaların büyük çoğunluğunun yatağa bağımlı; çoğunluğunun ise yürüme, hareket etme ve günlük işlerini yardımsız yapamadığını ortaya koymaktadır. Acil durum ve afetlerde uyarıları anlama ve yanıt verme, tahliye, afet sonrası temel yardımdan yararlanma konularında yetersiz olduklarını ve yardıma bağımlı olduklarından, afetlerde zarar görebilir gruplar kapsamına girmektedirler.

3.9.2. Evde Sağlık Biriminden Hizmet Alan Hasta/Yakınlarının Sağlık Okur Yazarlığı Seviyesi

Kronik hastalıkların gelişimi ve etkileri, yavaş gelişimli afetlerle benzerlik gösterir. Önlenemediği veya oluştuktan sonra iyi yönetilemediği durumlarda, sonuçları kaçınılmaz olarak ağırlaşacaktır. Çalışmada, kronik hastalıkların iyi yönetiminde önemli etken olan sağlık okur yazarlığı, öz-bakım yönetimi, hastalık kontrolü ve hasta bakım eğitimlerinin, hastalar üzerindeki etkilerine dikkat çekilecektir.

Araştırmaya katılan hastaların sağlık okur yazarlığını tespit etmeye yönelik, eğitim durumu, bakım eğitimi alıp almadığı, sağlık kuruluşlarını kullanma bilgisi ve ilaç kullanımına yönelik bazı özellikler incelenmiş olup, bu bulgular tablo 4'de yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %49,0'unun okur-yazar olmadığı, %13,5'inin okur-yazar, %18,7'sinin ilkokul mezunu, %6,0'sının ortaokul mezunu, %7,2'sinin lise mezunu, %5,6'sının ise üniversite mezunu olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Engel durumundan bağımsız sorulan bu soruda, birçok hastanın okul bitirmesine rağmen, gerçekte okuma yazma kapasitesi bulunmamaktadır.

Enginyurt ve Öngel'in çalışmasında evde bakım hastalarının büyük bir çoğunluğun (%95,2) okur-yazar olmayan, okur yazar ve ilkokul mezunlarından oluştuğu, lise ve üniversite mezunlarının %4,8'lik orana sahip oldukları tespit edildi (Enginyurt ve Öngel, 2012: 47) Işık ve diğerlerinin çalışmasında, %32,2'si Okuryazar

değil, %9,8 Okuryazar, %43,9 İlkokul, %14 Ortaokul ve üstü eğitim aldıkları bulunmuştur (Işık ve diğerleri, 2016: 178).

Evde bakım hizmeti alan hastaların ve bakım verenlerin düşük eğitim profili ve sağlık okur yazarlığı, hastaların sağlık ve bakım sırasında ilaç kullanım alışkanlıklarını, hizmete erişebilmeyi, beklenmeyen durumlarla başa çıkarak hastalığı yönetebilmelerini doğrudan etkilemektedir.

Levin ve diğerleri, bakım verenlerdeki düşük sağlık okuryazarlığının, bakım alan kişilerde daha düşük öz-bakım yönetimi davranışlarıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Levin ve diğerleri, 2014:758). Bakıcılarda düşük sağlık okuryazarlığı aynı zamanda, bakım alanın hastaneye yatış sıklığının ve süresinin artması ve bakım alanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile de ilişkili bulunmuştur (Rahman, 2014:382).

Evde tıbbi tedavileri devam eden kronik hastalığa sahip bireylerin, hastalığını kontrol etmesi (örneğin diyabet hastalarında beslenme miktarına göre insülin dozu ayarlamaları, yara bakımı ve pozisyon değiştirme ile önlenebilen dekübütüs ülserleri), durumu kötüye gitmesini önler, yaşam kalitesini artırır ve sık hastaneye yatışların önüne geçer. Araştırmada, hasta ve yakınlarının aldığı tıbbi bakım eğitimleri sorgulandığında, 251 kişilik çalışma grubunun %57,4'ü herhangi bir tıbbi bakım eğitimi almadığını bildirmiştir. Kalan hastaların bakım verenlerinin bazılarında birden fazla olmak üzere, %61,2'i öz-bakım yönetimi ve hastalık kontrolü eğitimi, %8,6'sı yara bakımı/pansuman eğitimi, %18,5'i PEG/ beslenme ve idrar sonrası konusunda eğitim aldığını, %10,5'i aspirasyon eğitimi %1,2'sinin diyaliz konusunda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. İstanbul'da inme hastalığı nedeniyle evde bakım hizmeti talep eden 42 hastaya bakım verenlerin hiçbirinin inmeli hasta bakımı ile ilgili bir eğitim almadığı saptanmıştır (Kaya ve diğerleri, 2018:74).

Şanlıurfa'da evde sağlık hizmeti alan 120 Tip 2 diyabetli hastanın, %23,4'ünün okur yazar olmadığı, %30,8'inin okur yazar, %33,3'ünün ilk okul mezunu, %12,5'inin lise mezunu ve üstü olduğu bulunmuştur. Hastaların %67,5'inin diyabet hastalığı ve yaklaşım konularında herhangi bir eğitim almadığı tespit edilmiştir (Akaltun ve Ersin, 2016: 128).

Kalınkara ve Kalaycı' nın Denizli ve Isparta illerinde 65 yaş üstü hastalara evde bakım hizmeti veren 209 birey üzerinde yaptığı çalışmada, bakım verenlerin eğitim seviyesinin %9,6 okur-yazar değil %54,5 okur-yazar veya ilkokul %23,4 orta dereceli

okul %12,4 üniversite / yüksekokul olduğu, %87,1'sinin bakım eğitimi almadığı tespit edilmiştir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017:26).

Çalışmayla benzer olacak şekilde, diğer araştırmalarda da evde sağlık hizmeti alan hastaların veya bakım verenlerinin çoğunun hasta bakımına yönelik eğitim almadığı saptanmıştır.

Araştırmada, hastaların %30,7'si son 1 aydan daha kısa bir süre önce hastaneye yatmıştır. %28,3'ü 3 aydan az, %13,5'i en son 6 ay önce ve %27,5'i ise en son 1 yıl önce hastaneye yatmışlardır. Bakıcılar, kronik rahatsızlığı olan veya bilişsel veya fiziksel bozukluğu olan yetişkinlere destek sağlamada hayati bir rol oynar. Bakım verenlerde düşük sağlık okuryazarlığı, yeterli bakım hizmetlerini etkileme ve sonuç olarak bakım alan sağlık sonuçlarını etkileme potansiyeline sahiptir. Bakım verenin eğitim seviyesinin düşük olması, hastada gelişen komplikasyon ve sorunları öngörememesi veya yönetememesi neticesinde sık hastaneye yatışlar gerçekleşmiş olabilir. Hasta bakım eğitimlerinin artırılması ile bu oranların düşürülebileceği düşünülmektedir.

3.9.3. Suriyeli Evde Sağlık Hastalarının Sağlık Okur Yazarlığının Değerlendirilmesi

Olağan zamanda hastalıkların yönetilememesi, afet ve acil durumlarda daha büyük riskleri beraberinde getirecektir. Araştırmada, İzmir ili Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı göç mağduru Suriye uyruklu hastalara da ulaşılmış, onların sağlık okur yazarlık seviyeleri ve sağlık hizmetine erişebilme düzeyleri incelenmiştir. Literatürde, Suriyeli evde bakım hastalarına yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle Suriyeli evde bakım hastalarına yönelik yapılacak tespitler, Türk uyruklu evde bakım hastaları ile karşılaştırmalı olarak sunulacaktır.

Araştırmada, hastaların evde elektrikli tıbbi cihaz kullanma durumu karşılaştırıldığında, Suriyelilerin neredeyse tamamının %93,3 hastalıkları için elektrikle çalışan tıbbi cihaz kullanmıyorken, Türk hastalarda bu oranın %68,3 olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların, hastalıklarına yönelik her gün ilaç kullanma durumu sorgulandığında ise, Türk hastalarda her gün ilaç kullananlar %96,9 gibi çok yüksek bir orandayken, Suriyelilerde bu oran %76,7 bulunmuştur.

Günlük kullanılan ilaç sayısı karşılaştırıldığında, her gün "6" ve "7+" ilaç kullanan Türk hastaların oranı %51,9 iken, Suriyeli hastalarda bu oran %14,4 olarak saptanmıştır. "1" "2" ve "3" ilaç kullanan Suriyeli hastaların oranı %57,9 iken Türk hastalarda bu oran %28,2'dir.

Türk hastalarda, elektrikli tıbbi cihaz kullanım oranı ve her gün ilaç kullananların oranı çoğunluktayken Suriyeli hastaların elektrikli tıbbi cihaz kullanımı ve günlük kullandıkları ilaç sayıları daha azdır. Bunun bir nedeninin, dil engeli ve eğitim seviyesinin düşüklüğü nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmakta yaşanan sorunlardan kaynaklanan tespit edilememiş hastalıklar olduğu düşünülmektedir.

Yurtseven ve arkadaşlarının Ege Üniversitesi Çocuk Acil Servisine başvuran Suriyeli çocuklar üzerine yaptığı araştırmada, Suriyeli hastaların Türk hastalara kıyasla daha ciddi hastalıklar nedeniyle acil servise başvurduğu tespit edilmiştir (Yurtseven ve diğerleri, 2015: 136). Balcı ve diğerlerinin yardım derneğine başvuran Suriyeli sığınmacılar üzerinde yaptığı çalışmada, kronik hastalıklarının yanı sıra, hastaların tanı almamış öksürük, göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı şikayetleri bulunmakta, yine yüksek oranda %74 tanısı konulmamış ağrı şikayetine sahiptir (Balcı ve diğerleri, 2016: 154). Bu sonuçlar, Suriye uyruklu hastaların hastane başvurularını geciktirdiğini, ertelediğini ya da hizmet alma noktasında son ana kadar beklediği varsayımını destekler niteliktedir.

Hastalarının sağlık durumlarının ani değişikliğinde ilk başvurulan kurum değerlendiğinde Türk hastaların büyük çoğunluğu ilk başvuruyu %57,8 ile 112 Acil yardıma, %30,4'ü evde sağlık hizmetlerine yaparken, Suriyeli hastalarda bu durum daha farklıdır. Suriyelilerin büyük çoğunluğu ilk başvuruyu %64,4 hastanelere yapmaktadır. Suriyelilerde 112 Acil Yardıma başvuranların oranı %21,1'dir.

Suriyeli hastaların hizmet alan yönüyle değil, sağlık hizmeti verenlerin gözüyle değerlendirildiği Gaziantep'te sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, iletişim güçlüğü nedeniyle sorun yaşayanların oranının %86,4 olduğu, katılımcıların %48,2'sinin Suriyeli hastaların sağlık sorunu yaşadıklarında nereye başvuracakları bilgisine sahip olmadıklarını belirtmişlerdir (Soysal ve Erkek, 2019:21)

Çalışmada ayrıca, Suriyeli hasta ve yakınlarının %92,2'sinin hiç bakım eğitimi almadığı görülmektedir. Türk hasta ve yakınlarında ise bakım eğitimi almayanların oranı %37,9'dir.

Sonuçlar genellendiğinde, Suriyeli hasta ve yakınlarının, dil engelinden dolayı sağlık hizmetine erişmede güçlük çekmesi, hasta bakım eğitimi alamaması, acil durumlarda iletişim numaralarını yeterince bilmemesinin düşük sağlık okur yazarlık seviyesine yol açtığı, afet ve acil durumlarda bu durumun zarar görebilirliği artıracağı öngörülmektedir.

3.9.4. Kronik Hastalığa Sahip Evde Sağlık Birimi Hastalarının Güvenlik Davranışlarının Tartışılması

Çalışmanın bu bölümünde, H_2: *"Kronik hastalığa sahip olmak, hayat boyu engel ve zorluklarla, tıbbi kontrole ilaca ve desteğe bağlı yaşamayı gerektirdiğinden, afet ve acil duruma karşı risklerin farkında olarak ihtiyatlı ve planlı davranış gösterirler*." hipotezini test etmek için, geçmiş afet deneyimi, evde sağlık hastalarının ilaç stoğu, afet çantası hazırlığı, hasta güvenlik önlemleri, elektrikli tıbbi cihaz kullanan hastalar için alınan güvenlik önlemleri, zorunlu DASK sigortası sorgulanmış, Genel afete hazırlık ölçeği bulguları Kruskal Wallis One Way ANOVA ile analiz edilmiş, $p<0,05$ anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların %43,4'ü daha önce afet yaşadığını söylemiştir. Suriye'de yaşanan savaş ve göçe maruz kaldığı için Suriyeli hastalarda bu oran %93,3'tür. Afet deneyimi yaşayan kişilerin genel afete hazırlık ölçeği değerlendirmesinde, daha önce afet yaşayan kişilerin öz yeterlilikleri ($p=0,006$) yaşamayanlara göre daha yüksektir. Afet deneyiminin bireylerin afet sırasında temel ilkyardım, kurtarma, tahliye ve sığınma gibi konularda yeterli hale getirdiği, ancak afete hazırlık algısı konusunda hala yetersiz oldukları görülmektedir.

Daha önce afet yaşamayan kişilerin genel afete hazırlık ölçeği, diğer tüm alt ölçekler için toplam puan ortalamaları daha önce afet yaşayan kişilerin toplam puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, afet deneyimi olmamasına rağmen bireylerin afete hazırlık konusunda farkındalıklarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir. Bunun bir nedeninin yüksek oranda Suriyelilerin oluşturduğu afet deneyiminde, Türk

hastaların afete hazırlık konusunda daha duyarlı olduğu ancak yetersiz olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmada, hastaların sadece %30,3'ünün afet ve acil durumlar için 7 gün süresince yetecek miktarda ilaç stokladığı tespit edilmiştir. İlaç stoğu bulunduran kişilerde "algılanan duyarlılık (p=0,005), "algılanan ciddiyet(p=0,000)" toplam puan ortalamaları stoğu olmayan kişilerden daha yüksek çıkmıştır. Buna göre, kronik hastalığa sahip olmasına ve her gün ilaç kullanmasına rağmen, hastaların büyük çoğunluğunun afet ve acil durumlar için 7 günlük ilacının bulunmadığı, afet ve acil durumların ciddiyetinin farkında olmadıkları ve bu konuda duyarlılığın gelişmediği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada, hasta veya yakınlarına yöneltilen "bireysel acil durum/afet çantanız var mı?" sorusuna %90,8 oranında hayır cevabı verilmiştir. "Algılanan duyarlılık (p=0,039)", "algılanan engeller (p=0,027)", "eyleme geçiriciler (p=0,001)" alt ölçekleri ve "genel afete hazırlık inanç ölçeği toplam puan ortalamaları (p= 0,004) bireysel acil durum/afet çantası olan kişilerde olmayanlardan daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlara göre, kronik hastalığa sahip bireylerin büyük çoğunluğunun bireysel acil durum/afet çantası olmadığı, olması yönünde afet risk algısı ya da bir farkındalığın da oluşmadığı söylenebilir.

Çalışmada, "hasta veya kendi güvenliği için emniyet kemeri, koruyucu destek yastıkları, korkuluk gibi aldığınız önlemler var mı?" sorusuna %61,4 oranında hayır cevabı verilmiştir. "Algılanan duyarlılık (p=0,008)", "algılanan ciddiyet (p=0,006)", "algılanan yarar (p=0,006)" ve "algılanan engeller (p=0,020)" toplam puan ortalamaları, kendi güvenliği için önlem alan kişilerde almayanlara göre daha yüksektir.

Çubukçu (2018)'nun 184 evde bakım hastası ile İtaki Düşme Riski Ölçeği değerlendirmesi çalışmasında, evde bakım hizmeti alanların %55,5'inde düşme riskinin yüksek olduğu, 65 yaş üstünde olma, kronik hastalık ve ilaç kullanım sayısının artmasının düşme riskini artırdığı tespit edilmiştir (Çubukçu, 2018:55).

Evde bakım hastaları, yatağa bağımlılıkları, mental durumları ya da fiziksel engellerinden dolayı yardım veya destek alan hastaların çoğunlukta olduğu, denge problemlerinin çok görülmesi nedeniyle düşme eğiliminin fazla olduğu bir gruptur.

Buna rağmen, düşme konusunda alınan önlem yönünde ve paralel olarak afete hazırlık inancı konusunda ciddi bir yetersizlik söz konusudur.

Araştırmaya katılan 251 hastanın sadece %22,7'sinin elektrikle çalışan tıbbi cihaz kullandığı tespit edilmiştir. Bu hastaların olası bir elektrik kesintisine bağlı sağlık durumunun olumsuz etkilenmemesi için güvenlik önlemi alıp almadığı sorgulanmıştır. Hastaların/yakınların %89,6'sı elektrik kesintisine karşı eğitim veya güvenlik önlemi almadığını söylemiştir.

Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği (p=0,024), diğer tüm alt ölçekler "ev ortamında kullandığı tıbbi cihaz fonksiyon dışı kaldığında eğitim/güvenlik önlemi alan" kişilerde, toplam puanların almayanlara göre daha yüksek olduğu görülür.

Tıbbi cihazlar fonksiyon dışı kaldığı durumlar için eğitim/güvenlik önlemi almayan kişilerde "öz yeterlilik" toplam puanlarının önlem alan kişilere göre daha yüksek olduğu görülür. Bu sonuncun açıklaması şöyledir: "genel afete hazırlık ölçeğinde öz yeterlilik değerlendirmesi, ilk yardım yapabilme, yangın söndürme cihazı kullanabilme, basit düzey arama kurtarma yapabilme, hizmete erişebilme ve tahliye planı oluşturma, sığınak yeri belirleme, toplanma alanı ve sığınak yeri belirleme gibi konuları içerir. Bu konularda dikkat çeken, fiziksel engellilik, mental yeterlilik seviyelerinin bu sonuçlara direkt etkisi olmasıdır. Buna göre, fiziksel anlamda diğerlerine göre daha az engeli olan bireylerin, güvenlik önlemi ve afete hazırlık konusunda daha yetersiz olduğu sonucu çıkmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %83,7'sinin oturduğu evde DASK sigortası olmadığı tespit edilmiştir. Bu oran, Suriyeli hastalar bazında değerlendirildiğinde, %95,6'ya çıkmaktadır. Kruskal Wallis One Way ANOVA ile genel afete hazırlık inanç ölçeğine verilen cevapların analiz edilmesiyle, evini zorunlu DASK sigortası ile sigorta yaptıranların (%16,3), "algılanan duyarlılık (p=0,001)", "algılanan ciddiyet (p=0,004)", "algılanan yarar (p=0,018)" ve "algılanan engeller (p=0,022)" alt ölçekleri ve "genel afete hazırlık inanç ölçeği toplam puan ortalamaları (p=0,005)", olmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Buna göre, kronik hastalığa sahip evde sağlık hastalarının büyük bir oranının afete hazırlık konusunda zorunlu DASK sigortası yaptırmanın önemi konusunda yetersiz olduğu, Suriyeli hastaların neredeyse tamamının evinde DASK sigortası olmadığı, afet riskinin ciddiyetinin ve DASK sigortasının faydaları konularında farkındalıklarının olmadığı sonucunu çıkarmak mümkündür.

Sonuç olarak H_2: *"Kronik hastalığa sahip olmak, hayat boyu engel ve zorluklarla, tıbbi kontrole ilaca ve desteğe bağlı yaşamayı gerektirdiğinden, afet ve acil duruma karşı risklerin farkında olarak ihtiyatlı ve planlı davranış gösterirler*." hipotezininin evde sağlık hastalarının afet deneyimi, ilaç stoğu, afet çantası hazırlığı, hasta güvenlik önlemleri, elektrikli tıbbi cihaz kullanan hastalar için alınan güvenlik önlemleri, zorunlu DASK sigortasının varlığı yönleriyle değerlendiriliğinde, bu faktörlerin kronik hastaların afet ve acil duruma hazırlık konusunda anlamlı bir fark oluşturmadığı, araştırma hipotezini doğrulamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

SONUÇ

Günümüzde ortalama yaşam süresinin artması, salgın hastalıkların kontrolü, sanayileşmeyle birlikte artan hava kirliliği, beslenme alışkanlıkları ve hayat tarzı değişiklikleri kronik hastalıkların görülme sıklığı artırmış, kronik hastalıklar dünya üzerindeki engellilik ve ölümlerden büyük oranda sorumlu hale gelmiştir. Artan sağlık harcamaları ve iş gücü kayıpları nedeniyle düşük ve orta gelirli daha çok etkisi altına alan kronik hastalıklar, ülkelerin ekonomi, refah ve kalkınma kazanımlarını tehdit etmektedir.

Kronik hastalıklar, tıpkı yavaş gelişimli afetler gibi davranış göstermektedir. Oluşması için uzun süreler bulunmakla birlikte, önlenemediği veya belirtileri farkedilip zararları azaltılamadığı takdirde sonuçları bireysel, sosyal ve toplumsal yönden ağır olmaktadır. Bu bağlamda kronik hastalıkların oluşmasını engellemek ve etkilerini azaltmaya yönelik çalışmaların önceliklendirilmesi önem arz etmektedir.

Kronik hastalıklar, afet ve acil durumlar ile birleştiğinde ise, kısa ve uzun vadeli etkileri daha yıkıcı olmaktadır. Kronik hastalığa sahip bireyler, var olan engelleri (fiziksel, sosyal), afet koşullarının yol açtığı çevresel sorunlar ve sağlık hizmeti sunumunun yetersizliği veya hizmete erişememeye bağlı olarak ilaç ve tedavinin kesintiye uğramasıyla hastalık alevlenmeleri yaşarlar. Kısa bir süre için bile uygun bakımına ulaşamama, durumun giderek kötüleşmesine, acının ve engelliliğin artmasına, dolayısıyla sağlık harcamalarının ve iş gücü kaybının yoksulluğu artırması ile sonuçlanabilir. Bu nedenlerle kronik hastalığa sahip bireyler afetlerde zarar görebilir konumdadırlar; hem hastalığın/hastalıklarının, hem de afetin çifte yükünü çekerler.

Afet ve acil durumlarda kurumsal yanıtın gelmesi zaman alacağından, kurtarma, tahliye ve tıbbi bakımda kesintinin önlenmesi için hastaların ve yakınlarının acil durum ve afetlere hazırlığı önem taşımaktadır.

Bu araştırmanın amacı, evde sağlık hizmetlerine kayıtlı kronik hastalığa sahip bireylerin ve hasta yakınlarının, afet ve acil duruma hazırlık inancını tespit ederek, elde edilen bilgiler doğrultusunda, olası afet ve acil durumlara yönelik hazırlık bilincini artırmaktır. Literatürde, evde sağlık hastalarının afete hazırlığına yönelik bir çalışma bulunmamaktadır. Bu sebeple, bu araştırma özgün bir çalışmadır. Çalışma

sonuçlarının ışığında, kronik hastalığa sahip bireylerin afete hazırlık seviyesinin artırılması yönünde girişimlere öncü olacağı düşünülmektedir.

İzmir İli Evde Sağlık Birimine kayıtlı aktif sağlık hizmeti alan hastaların evren olarak belirlendiği araştırmada, sosyo demografik özellikler, sağlık durumu belirlemeye yönelik anket ve Sağlık İnanç Modeline Dayalı Genel Afete Hazırlık Ölçeği uygulanmıştır. Varılan sonuçlar şöyledir:

Araştırma grubunun tümü kronik hastalığa sahip, çoğunun fiziksel engeli bulunan ve bir kısmının yatağa bağımlı, çoklu ilaç kullanımının yaygın olduğu hastalardan oluşmaktadır. Afetlerde zarar görebilir olan bu bireylerin afet ve acil durum öncesi tespit edilmesi, zarar görebilirliklerinin mümkünse giderilmesi, değilse afetlere mukavemetli olması adına güçlendirilmesi önemlidir. Bu bağlamda çalışma grubumuzun diğer zarar görebilir durumları tespit edilmeye çalışılmıştır.

Okur-yazarlık seviyesi, sağlık okur yazarlığı, öz-bakım yönetimi ve hastalık kontrolü eğitimleri, hizmete erişim, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarının kötüye gidişini önlemeleri, belirtileri erken farketmeleri açısından önem taşır. Sonuçlar değerlendirildiğinde, sağlık okur-yazarlığının düşük olması, hastalığa yönelik eğitimlerin yetersizliği, ayrıca eklenen dil engeli, okur yazarlık seviyesinin düşük olması, hasta bakım eğitimi alanların oranında bariz düşüklük, elektrikli tıbbi cihaz kullanımının nispeten çok düşük olması, hizmete erişimde yaşanan sorunlar, hastaneye giderken ve sağlık hizmeti alırken kurumlardan daha az faydalanılması; evde bakımın kalitesini düşürmekte, sık hastaneye yatışlar, hayat kalitesinin düşmesi ve hayatı tehdit etmesine neden olmaktadır.

Evde sağlık birimi hastalarının bakım desteği ihtiyacı, günlük hayatta olduğu gibi afetlerde de hastaları bakım verenlerine bağımlı hale getirmektedir. Afet ve acil durumlarda, bakım verenin hastasını bırakıp bırakamayacağı, etik ikilem yaşatan, ciddi bir sorundur.

Hasta ve yakınlarının güvenlik davranışları incelendiğinde, evde sağlık hastalarının zorunlu DASK sigortası yaptıranların oranı çok düşük olduğu saptanmış, Bireysel afet ve acil durum çantası, hastaların büyük çoğunluğunda bulunmadığı tespit edilmiştir. Hasta güvenlik önlemleri, ilaç stoğu, elektrikli tıbbi cihaz kullananların aldıkları önlemler yetersizdir. Bu bağlamda, güvenlik davranışının içsel kontrol haline getirilmesi, evde sağlık hastaları için önem arz etmektedir.

Araştırmaya katılan evde sağlık hastalarının genel afete hazırlıklı olma inanç düzeyi puanının ortalamanın üzerinde olduğu, öğrenim durumunun, evinde afet çantası bulundurmanın, zorunlu DASK sigortası varlığının, hastası için güvenlik önleminde bulunanların afete hazırlık inanç düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kişilerin kronik hastalık sayısı ve kullandıkları ilaç sayısı arttıkça, afetin sonuçlarının ciddiyetine olan inancı ve afete hazırlığa duyulan inanç daha yükselmiştir.

Sosyo demografik veriler ile değerlendirildiğinde, hastaların yaşları yükseldikçe "öz yeterlilik" toplam puanlarında azalma meydana geldiği tespit edilmiştir. Genel anlamda engeli ve yatağa bağımlılık oranlarının yüksek olması nedeniyle evde sağlık hastalarının öz yeterliliğinin düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre birtakım aksaklıklar tespit edilmiş ve bu doğrultuda bazı önerilerde bulunma gereği duyulmuştur:

Ülkemizin gelenek, görenekleri ve geniş aile yapısı göz önüne alındığında, hasta bakımı aile içinde gerçekleşmekte hatta sorumluluk en çok kadının üzerinde bulunmaktadır. Semptomların iyi yönetilmesi için bakım verenlere hastalık kontrolüne yönelik eğitimlerin artırılması, çeşitlendirilmesi önemlidir. Ayrıca ruh sağlığını ve aile yaşantısının korumak açısından mutlaka dönüşümlü en az bir kişinin, bakıma destek olması, gerekirse kurumsal destek alınarak bakım yükünün azaltılması gereklidir.

Kronik hastaların afete hazırlığı, güvenlik kültürünü içselleştirmenin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Güvenli yaşam tedbirleri günlük rutinde yer aldıkça, olağan üstü durumlara hazırlanmak daha kolay ve kendiliğinden gelişecektir. Hasta ve yakınlarının günlük hayatta karşılaşabileceği riskleri ve bunlara engel olmaya yönelik girişimler tüm boyutlarıyla anlatılmalı, olası sorunlar ortaya çıkmadan tedbir alma davranışı kazandırılmalıdır.

Evde sağlık birimine kayıtlı hastalarda özellikle hareket etmek için desteğe ihtiyacı olan veya yatağa bağımlı bireylerin afet ve acil durumlarda tahliye edilmesi büyük bir sorun oluşturmaktadır. Her bir afet tipine ayrı hazırlanacak senaryolar ile aile afet planlarının oluşturulması ve afet çantası hazırlanması zorunlu tutularak ailenin afete yönelik planlama yapması sağlanmalıdır.

Ayrıca daha önce kayıtlı olduğu evde sağlık sistemi üzerinden, hastaların tıbbi kayıtları, adrese dayalı tahliye ve sığınak planlamaları ile bakımın devamının

sağlanacağı yer, en yakın bakım verenin adresi konusunda ayarlamalar yapılmalı, bilgiler hasta ve yakınları ile paylaşılmalıdır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, kronik hastalığı olan, engelli veya tıbbi bakıma ihtiyacı olan kişilerin sağlıkla ilgili sorunlarını yönetme, afete hazırlıklı olma ve tahliye faaliyetlerinin yapılandırılması ve geliştirilmesi hakkında politika yapıcılara rehberlik edebilir.

KAYNAKÇA

Abney, F.G. ve Hill, L.B. (1966). Natural Disasters As A Political Variable: The Effect Of A Hurricane On An Urban Election. *American Political Scienc*e Review, 60(4), 974-981.

Adger, W.N. (2006). Vulnerability. *Global Environmental Change*, 16(3), 268-281.

AFAD (2014). *Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü*. Ankara: T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

AFAD. (2013). *Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP).* Ankara: TC. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Yayınları.

Akaltun, H., ve Ersin, F. (2016). Evde Bakım Hizmeti Alan Diyabetli Hastaların Diyabet Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *9*(4).

Akar, S. (2013). Doğal Afetlerin Kamu Maliyesine ve Makro Ekonomiye Etkileri: Türkiye Değerlendirmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi,* 11 (21), 185-206.

Akyel, R., (2007). *Afet Yönetim Sistemi: Türk Afet Yönetiminde Karşılaşılan Sorunların Tespit ve Çözümüne İlişkin Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akyılmaz, F. ve Karka, O. (2011). *Afetlerde Psikolojik İlkyardım*. İstanbul: AFAD.

Alp, S. (2009). *Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Afet Planının İçeriği ile Uygulanma Durumunun Değerlendirilmesi.* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.

Altay, A. (2017). Doğal Afetlerin Makroekonomik Etkilerinin Analizi. Zerrin Toprak Karaman ve Asuman Altay (Ed.). *Bütünleşik Afet Yönetimi*. (s.147-163). İzmir: Birleşik Matbaacılık.

Altunışık, R., Çoşkun, R., Yıldırım, E., & Bayraktaroğlu, S., (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Sakarya, Türkiye: Sakarya Kitabevi Yayınları.

Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2004). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı* (3. baskı). Sakarya: Sakarya Kitabevi.

American Lung Association, (2013). Trends in COPD (Chronic Bronchitis and Emphysema): Morbidity and Mortality Report. *American Lung Association Epidemiology and Statistics Unit Research and Health Education Division March 2013*.

Anderson G. (2010). *Chronic Care: Making The Case for Ongoing Care*. Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation.

Anderson, K.M., Wilson, P.W., Odell, P.M. ve Kannel, W.B. (1991). An Updated Coronary Risk Profile. A Statement for Health Professionals. *Circulation*, *83*(1), 356-362.

Aoki, T., Fukumoto, Y., Yasuda, S., Sakata, Y., Ito, K., Takahashi, J., ... ve Shimokawa, H. (2012). The Great East Japan Earthquake Disaster and Cardiovascular Diseases. *European Heart Journal*, *33*(22), 2796-2803.

Auvinen, K., Räisänen, J., Merikoski, M., Mäntylä, A., Kumpusalo-Vauhkonen, A., Enlund, H., ... & Mäntyselkä, P. (2019). The Finnish Interprofessional Medication

Assessment (FIMA): baseline findings from home care setting. *Aging clinical and experimental research*, *31*(10), 1471-1479.

Arıkan, Z. ve Mergen, S. (2019). Binalarda Yangın Güvenlik Önlemleri ve Maliyet İlişkisi. (ss.275-290). *Afetler ve Güvenlik Yönetimi*. Ankara: Palme Yayınevi.

Babbie, E.R. (2010). *The Practice of Social Research*. 12th ed. Belmont, CA: Wadsworth Cengage, 2010.

Baggett J. (2006). Florida Disasters and Chronic Disease Conditions [letter to the editor]. *Prev Chronic Dis*. 2006 Apr http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05_0230.htm. (30.12.2018).

Balcı, L.A., Alptekin, H.K. ve Alkan, M. (2016) Suriyeli Sığınmacılarda Kronik Hastalık ve Fiziksel Sağlıkla İlgili Problemlerin Belirlenmesi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 3(1), 146-156.

Barker, L.A., Gout, B.S. ve Crowe, T.C., (2011). Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and The Healthcare System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(2):514–27.

Berkowitz, G.S., Wolff, M.S., Janevic, T.M., Holzman, I.R., Yehuda, R., ve Landrigan, P.J. (2003). The World Trade Center Disaster and Intrauterine Growth Restriction. *Jama*, *290*(5), 595-596.

Black, R.E., Victora, C.G., Walker, S.P., Bhutta, Z.A., Christian, P., De Onis, M., ... ve Uauy, R. (2013). Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-income and Middle-income Countries. *The Lancet*, *382*(9890), 427-451.

Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., … ve Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases.* Geneva: World Economic Forum.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., ve Grumbach, K. (2002). Patient Self-Management of Chronic Disease in Primary Care. *Jama*, *288*(19), 2469-2475.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., ve Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *68*(6), 394-424.

Byford, S., Torgerson, D.J., ve Raftery, J. (2000). Cost of Illness Studies. *BMJ*, 320(7245), 1335.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020). *About Chronic Diseases* https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm. (23.07.2020).

Cecchini, M., Sassi, F., Lauer, J.A., Lee, Y.Y., Guajardo-Barron, V., ve Chisholm, D. (2010). Tackling of Unhealthy Diets, Physical Inactivity, and Obesity: Health Effects and Cost-Effectiveness. *The Lancet*, 376(9754), ss.1775-1784.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). *Disaster Preparedness and Response: Complete Course. Facilitator Guide*, Atlanta (GA).

Champion, V.L., ve Skinner, C.S. (2008). The Health Belief Model. *Health Behavior and Health Education: Theory, research, and practice*, *4*, 45-65.

Coppola, D.P. (2015). *Introduction to International Disaster Management*. 3rd Edition. Elsevier. Burlington: Butterworth-Heinemann

Crook, E.D., Arrieta, M.I., ve Foreman, R.D. (2010). Management of Hypertension Following Hurricane Katrina: A Review of Issues in Management of Chronic Health Conditions Following A Disaster. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 4(3), 195-201.

Çakır, Ö. (2002). Sosyal Dışlanma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 83-104.

Çakır, Ö. (2019). Çalışma Yaşamında Güvenlik Kültürü ve Güvenli Davranış. (ss.119-141). *Afetler ve Güvenlik Yönetimi*. Ankara: Palme Yayınevi.

Çakır Ö., Atalay G. (2020). Afetlerde Özel Gereksinimli Grup Olarak Yaşlılar. *Resilience*, 169-186.

Çatak, B., Kilinç, A.S., Badillioglu, O., Sütlü, S., Sofuoglu, A.E., ve Aslan, D. (2012). Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. *Turkish Journal of Public Health*, 10(1), 13.

Çubukçu, M. (2018). Evde Bakım Alanlarda Düşme Riskinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2), 50-57.

Çubukçu, M. ve Yazıcıoğlu, B. (2016). Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Değerlendirilmesi. *Ankara Tıp Dergisi*, 16(4), 325-31.

Dancause, K.N., Veru, F., Andersen, R.E., Laplante, D.P., ve King, S. (2013). Prenatal Stress Due to A Natural Disaster Predicts Insulin Secretion in Adolescence. *Early Human Development*, 89(9), 773-776.

De Groeve, T., Poljansek, K. and Vernaccini, L. ve European Commission. (2015). *Index for Risk Management INFORM- Concept and Methodology***.** Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.

Declich, S., ve Carter, A.O. (1994). Public Health Surveillance: Historical Origins, Methods and Evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 72(2), 285- 304.

Demaio A, Jamieson J, Horn R, de Courten M, Tellier S. Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action. *PLOS Currents Disasters.* 2013 Sep 6 . Edition 1.

Demirci, I., Ekşi, H., Ekşi, F., & Kaya, Ç. (2019). Character strengths and psychological vulnerability: The mediating role of resilience. *Current Psychology*, 1-11.

Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B ve Akalın HE (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.

Eide, W. B. (2002). Nutrition and Human Rights− Brief 10 of 12. *Nutrition: A foundation for development*, 34

Ekşi, A. (2013). *Nükleer Kaza ve Saldırılarda Bütünleşik Kriz Yönetimi*, İzmir: Ege Üniversitesi Basım Evi.

Ekşi, A. (2015). *Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi.* İzmir: KitapAna.

Ekşi, A. (2017). *Demokrasinin temsil krizi- Bütünleşik Afet Yönetimi Pratiği Çözümleyici Mi?* İzmir: KitapAna.

Ekşi, A. ve Özer Y.E. (2017). Afetlerin Oluşturduğu Sosyal Hasarlar ve Uluslararası Göçe Etkisi. Ahmet Yatkın (Ed). (ss: 2298-2315). *Uluslararası Göç ve Mülteci Sorununun Çözümünde Kamu Yönetiminin Rolü. Uluslararası 11. Kamu Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı.* Elazığ.

Ekşi, A. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Afetlere Karşı Bireysel Direnç ve Sosyal Sermaye İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, *7*(1), 44-54.

EMDAT International Disaster Database Guidelines https://www.emdat.be/guidelines (30.12.2018).

Emergency Events Database (EMDAT).(2018). Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED) https://www.emdat.be/classification (09.11.2018).

Enginyurt Ö., Öngel K. (2012). Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. *Smyrna Tıp Dergisi;* 2(1): 45- 48.

Ergünay, O. (2009). *Afet Yönetimi: Genel İlkeler, Tanımlar, Kavramlar*. Ankara: Afet İşleri Genel Müdürlüğü.

Ergünay, O., (2008). *Afet Yönetiminde Kurumsal Yapılanma ve Mevzuat Nedir? Nasıl Olmalıdır? İstanbul Depremini Beklerken Sorunlar ve Çözümler Bildiriler Kitabı.* İstanbul.

Fabbri, L. M., Luppi, F., Beghé, B., ve Rabe, K. F. (2008). Complex Chronic Comorbidities of COPD. *European Respiratory Journal*, 31(1), 204-212.

Fall, C.H. (2009). Maternal Nutrition: Effects on Health In The Next Generation. *The Indian journal of medical research*, 130(5), 593-599.

FEMA (2019). Graphic: The Cycle of Preparedness. Photo by Sixto A. Valentín Torres May 13, 2019 https://www.fema.gov/media-library/assets/images/179379

FEMA. (2004). Are You Ready? An In-depth Guide to Citizen Preparedness.

FAO (1996). *Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action: World Food Summit* 13-17 November 1996, Rome, Italy. FAO.

Ford, E.S., Mokdad, A.H., Link, M.W., Garvin, W.S., ve Mcguire, L.C. (2006). Peer Reviewed: Chronic Disease in Health Emergencies: In The Eye Of The Hurricane. *Preventing Chronic Disease,* 3(2).

Fouillet, A., Rey, G., Laurent, F., Pavillon, G., Bellec, S., Guihenneuc-Jouyaux, C., ... ve Hémon, D. (2006). Excess Mortality Related to The August 2003 Heat Wave in France. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *80*(1), 16-24.

Fries, J.F. (2002). Aging, Natural Death, and The Compression of Morbidity. *Bulletin of The World Health Organization*, 80, 245-250.

Frisoli, T.M., Schmieder, R.E., Grodzicki, T., ve Messerli, F.H. (2012). Salt and Hypertension: is Salt Dietary Reduction Worth The Effort? *The American Journal of Medicine,* 125(5), 433-439.

Fujihara, K., Saito, A., Heianza, Y., Gibo, H., Suzuki, H., Shimano, H., ... ve Sone, H. (2012). Impact of Psychological Stress Caused by The Great East Japan Earthquake on Glycemic Control in Patients with Diabetes. *Experimental and clinical endocrinology ve diabetes*, 120(09), 560-563.

Gauderman, W.J., Avol, E., Gilliland, F., Vora, H., Thomas, D., Berhane, K., ... ve Margolis, H. (2004). The Effect of Air Pollution on Lung Development from 10 to 18 Years of Age. *New England Journal of Medicine*, *351*(11), 1057-1067.

Gold, M.R., Stevenson, D., ve Fryback, D.G. (2002). HALYS and QALYS and DALYS, Oh My: Similarities and Differences in Summary Measures of Population Health. *Annual Review of Public Health*, *23*(1), 115-134.

Golics, C.J., Basra, M.K.A., Salek, M.S., ve Finlay, A.Y. (2013). The Impact of Patients Chronic Disease on Family Quality of Life: An Experience from 26 Specialties. *International Journal of General Medicine*, 6, 787.

Gray, L. (2017). Social Determinants of Health, Disaster Vulnerability, Severe and Morbid Obesity in Adults: Triple Jeopardy?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1452.

Gray, L., ve MacDonald, C. (2016). Morbid Obesity in Disasters: Bringing the "Conspicuously Invisible" into Focus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(10), 1029.

Greenough, P.G., Lappi, M.D., Hsu, E.B., Fink, S., Hsieh, Y.H., Vu, A., ... ve Kirsch, T.D. (2008). Burden of Disease and Health Status Among Hurricane Katrina–Displaced Persons in Shelters: A Population-Based Cluster Sample. *Annals of Emergency Medicine*, 51(4), 426-432.

Guha-Sapir D. (2008). Disaster Data: A Balanced Perspective. CRED Crunch. *Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED).* 2008; (13): 1-2. Brussels, Belgium.

Guha-Sapir D., Hoyois Ph., Wallemacq P. Below. R. (2016). *Annual Disaster Statistical Review 2016*: *The Numbers and Trends.* Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), Brussels

Health Effects Institute. 2018. *State of Global Air 2018*. Special Report. Boston, MA: Health Effects Institute.

HelpAge. (2013). *Displacement and older people The case of the Great East Japan Earthquake and Tsunami of 2011*. Japanese Red Cross Institute for Humanitarian Studies, HelpAge International. Ss:1-22.

Hooper, L. G., ve Kaufman, J. D. (2018). Ambient Air Pollution and Clinical Implications for Susceptible Populations. *Annals of the American Thoracic Society*, *15*(Supplement 2), S64-S68.

Houtzager, B.A., Oort, F.J., Hoekstra-Weebers, J.E., Caron, H.N., Grootenhuis, M.A., ve Last, B.F. (2004). Coping and Family Functioning Predict Longitudinal Psychological Adaptation of Siblings of Childhood Cancer Patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(8), (pp.591–605)

ILO. (2010). L*ist of Occupational Diseases* (revised 2010) ss.1-7.

Inal, E., ve Doğan, N. (2018). Improvement of General Disaster Preparedness Belief Scale Based on Health Belief Model. *Prehospital and Disaster Medicine*, *33*(6), 627-636.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME ve Lancet. (2018). *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. Seattle, WA.

International Diabetes Federation (2017). *IDF Diabetes Atlas*, 8th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

Inui, A., Kitaoka, H., Majima, M., Takamiya, S., Uemoto, M., Yonenaga, C., ... ve Morita, S. (1998). Effect of The Kobe Earthquake on Stress and Glycemic Control in Patients with Diabetes Mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 158(3), 274-278.

Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M.A., Fidan, C. (2016). Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2).

Işıkhan, V., (2002). Felaketlerin Acil Yardım Ekibi Üzerindeki Etkileri. *Sağlık ve Toplum,* 12(1), 9-13.

Kadıoğlu, M., (2008). Modern, Bütünleşik Afet Yönetiminin Temel İlkeleri. JICA *Türkiye Ofisi Yayınları* No: 2, Ankara.

Kadıoğlu, M. (2011). *Afet Yönetimi Beklenilmeyeni Beklemek, En Kötüsünü Yönetmek* İstanbul: T.C. Marmara Belediyeler Birliği Yayını, Yayın No: 65.

Kalantar-Zadeh, K., ve Fouque, D. (2017). Nutritional Management of Chronic Kidney Disease. *New England Journal of Medicine*, 377(18), 1765-1776.

Kalınkara, V., ve Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39.

Kampa, M., ve Castanas, E. (2008). Human health effects of air pollution. *Environmental pollution*, 151(2), 362-367.

Kapucu, N., Özerdem, A. (2011). Hazards, Vulnerability and Disaster Risk. *Managing Emergencies and Crises* (ss: 11-32). Burlington: Jones ve Bartlett Learning

Karaman, D., Kara, D., Yalçın Atar, N. (2015). Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 4 (3), 347-359

Karaman, Z.T. (2016). Afetlerde Hızlı Çevresel Etki Değerlendirmesi ve Kriz Yönetiminde Kritik Sorgulama. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1 (1), 1-16.

Toprak Karaman, Z. (2016). Afet Yönetimine Giriş ve Türkiye'de Örgütlenme. *Bütünleşik Afet Yönetimi* (1.Baskı) (ss.1-35). Editörler: Zerrin Toprak Karaman ve Asuman Altay. İzmir: İlkem Yayınları

Karaman, Z.T. (2017a). Afet Yönetiminde Erken Uyarı ve Afet Tipleri. Ed: Zerrin Toprak Karaman ve Asuman Altay. (ss. 221-250). *Bütünleşik Afet Yönetimi*. İzmir: Birleşik Matbaacılık.

Karaman, Z.T. (2017b). Afet Yönetimine Giriş ve Türkiye'de Örgütlenme. Ed: Zerrin Toprak Karaman ve Asuman Altay. (ss. 221-250). *Bütünleşik Afet Yönetimi*(ss: 1-36. İzmir: Birleşik Matbaacılık.

Karaman, Z.T. (2018). Afetlerde Erken Uyarı ve Toplumsal Farkındalık Yaratmada Etkili Kamu Politikaları. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7 (2), 493-517

Karaman, Z. T. (2019). İklim Değişikliğine Bağlı Doğal Afetlerin Tarımsal Faaliyetlere Etkileri, Toplumsal Farkındalık Analizi. *Kırsal Kalkınma ve Kooperatifçilik*, ss.299-325. Ankara Üniversitesi Yayınları No: 658. A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları No: 62.

Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Kario, K. (2012). Disaster Hypertension. *Circulation Journal*, 76(3), 553-562.

Kaul, I., Grunberg, I., ve Stern, M. (1999). Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century. *Oxford University Press*.

Kawano, T., Nishiyama, K., Morita, H., Yamamura, O., Hiraide, A., ve Hasegawa, K. (2016). Association Between Shelter Crowding and Incidence of Sleep Disturbance Among Disaster Evacuees: A Retrospective Medical Chart Review Study. *BMJ open*, 6(1), e009711.

Kawasaki, T., Delea, C.S., Bartter, F.C., ve Smith, H. (1978). The Effect of High-Sodium and Low-Sodium Intakes on Blood Pressure and Other Related Variables in Human Subjects with Idiopathic Hypertension. *The American Journal of Medicine*, 64(2), 193-198.

Kaya, Ç.A., Mercan, E., Çifçili, S. (2018). Evde Sağlık Hizmeti Almak İçin Başvuran İnmeli Hastaların Sağlık ve Bakım İhtiyaçları. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(3), 69-77.

Kenny, G.P., Yardley, J., Brown, C., Sigal, R.J., ve Jay, O. (2010). Heat Stress in Older Individuals and Patients with Common Chronic Diseases. *Canadian Medical Association Journal*, *182*(10), 1053-1060.

Khafaie, M., Yajnik, C., Salvi, S., ve Ojha, A. (2016). Crıtıcal Revıew of Air Pollution Health Effects with Special Concern On Respiratory Health. *Journal of Air Pollution And Health*, 1(2), 123-136.

Kirkland, L.L., ve Shaughnessy, E. (2017). Recognition and Prevention of Nosocomial Malnutrition: A Review and A Call to Action!. *The American Journal of Medicine*, 130(12), 1345–1350.

Klesges L.M, Pahor M, Shorr R.I., Wan J.Y., Williamson J.D. ve Guralnik J.M., (2001). Financial Difficulty in Acquiring Food Among Elderly Disabled Women:

Results from The Women's Health and Aging Study. *Am J Public Health*, 91: ss. 68–75.

Kobayashi, S., Hanagama, M., Yamanda, S., Satoh, H., Tokuda, S., Kobayashi, M., ... ve Yanai, M. (2013). The Impact of A Large-Scale Natural Disaster on Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Aftermath of The 2011 Great East Japan Earthquake. *Respiratory Investigation*, 51(1), 17-23.

Kodama, S. (2015). Tsunami-Tendenko and Morality in Disasters. *Journal of Medical Ethics*, 41(5), 361-363.

Köse, S. K. (2011) Korelasyon ve regresyon analizi. http://www.scribd.com/d-oc/2066772/korelasyonanalizi. (23.07.2020).

Kurtuluş, K., (2010). *Araştırma Yöntemleri*, İstanbul: Türkmen Kitapevi.

Lee, A.A., Piette, J.D., Heisler, M., Janevic, M.R., Langa, K.M., ve Rosland, A.M. (2017). Family Members' Experiences Supporting Adults with Chronic Illness: A National Survey. *Families, Systems, and Health*, *35*(4), 463.

Levin J.B., Peterson P.N., Dolansky M.A. & Boxer R.S. (2014) Health literacy and heart failure management in patient caregiver dyads. *Journal of Cardiac Failure.* 20 (10), 755–761.

Lorig, K.R. ve Holman, H.R. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, And Mechanisms. *Annals Of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.

Lorig, K.R., Ritter, P., Stewart, A.L., Sobel, D.S., Brown Jr, B.W., Bandura, A., ... ve Holman, H.R. (2001). Chronic Disease Self-Management Program: 2-Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. *Medical care*, 1217-1223.

Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown Jr, B.W., Bandura, A., Ritter, P., ... ve Holman, H.R. (1999). Evidence Suggesting That A Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Medical care*, 5-14.

Madrigano, J., Mittleman, M.A., Baccarelli, A., Goldberg, R., Melly, S., Von Klot, S., ve Schwartz, J. (2013). Temperature, Myocardial Infarction, and Mortality: Effect Modification by Individual and Area-level Characteristics. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 24(3), 439.

Mannino, D.M., Higuchi, K., Yu, T.C., Zhou, H., Li, Y., Tian, H., ve Suh, K. (2015). Economic Burden of COPD in The Presence of Comorbidities. *Chest*, 148(1), 138-150.

Marmot, M. (2005). Social Determinants of Health Inequalities. *The Lancet*. 365(9464) : 1099-1104.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A., Taylor, S., ve Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing The Gap in A Generation: Health Equity Through Action on The Social Determinants of Health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669.

Mete, H.E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.

Miller, A.C., ve Arquilla, B. (2008). Chronic Diseases and Natural Hazards: Impact of Disasters on Diabetic, Renal, and Cardiac Patients. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(2), 185-194

Miyashita, M., Kikuya, M., Yamanaka, C., Ishikuro, M., Obara, T., Sato, Y., ... ve Kiyomoto, H. (2015). Eczema and Asthma Symptoms Among Schoolchildren in

Coastal and Inland Areas after The 2011 Great East Japan Earthquake: The ToMMo Child Health Study. *The Tohoku journal of experimental medicine*, *237*(4), 297-305.

Mokdad AH, Mensah, GA, Posner SF, Reed E, Simoes EJ, Engelgau MM. and the Chronic Diseases and Vulnerable Populations in Natural Disasters Working Group. (2005). When Chronic Conditions Become Acute: Prevention and Control of Chronic Diseases and Adverse Health Outcomes During Natural Disasters. *Prev Chronic Dis*, 2 Spec no: A04.

Mulligan, J.A., Walker, D. ve Fox-Rushby, J. (2006). Economic Evaluations of Non-Communicable Disease Interventions in Developing Countries: a Critical Review of The Evidence Base. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 4(1), 7.

Murray, C.J., Lopez, A.D, WHO, World Bank ve Harvard School of Public Health. (1996). *The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020* : *summary*. Ed. Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez. World Health Organization.

Nakadate, T., Nakamura, Y., Yamauchii, K., ve Endo, S. (2012). Two cases of severe pneumonia after the 2011 Great East Japan Earthquake. *Western Pacific Surveillance and Response Journal: WPSAR*, *3*(4), 67.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide.*

Neria, Y., Nandi, A., ve Galea, S. (2008). Post-Traumatic Stress Disorder Following Disasters: A Systematic Review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467-480.

Norman, K., Pichard, C., Lochs, H., ve Pirlich, M. (2008). Prognostic Impact of Disease-Related Malnutrition. *Clinical nutrition*, 27(1), 5-15.

North of Scotland Regional Resilience Partnership /Community Risk Register (2018). http://www.firescotland.gov.uk/your-safety/community-risk-register.aspx (20.10.2018).

Ochi S, Murray V, Hodgson S. (2013). The Great East Japan Earthquake Disaster: A Compilation of Published Lliterature on Health Needs and Relief Activities, March 2011-September 2012. *PLoS Curr*.

OECD and WHO. (2003). *DAC Guidelines And Reference Series: Poverty And Health.* OECD Publishing.

OECD. (2008). *Final Report: Estimating Expenditure By Disease, Age And Gender Under The System of Health Accounts* (Sha) *Framework.*

Ogawa, K., Tsuji, I., Shiono, K., ve Hisamichi, S. (2000). Increased Acute Myocardial Infarction Mortality Following The 1995 Great Hanshin-Awaji Earthquake in Japan. *International Journal of Epidemiology*, 29(3), 449-455.

Ohkouchi, S., Shibuya, R., Yanai, M., Kikuchi, Y., Ichinose, M., ve Nukiwa, T. (2013). Deterioration in Regional Health Status After The Acute Phase of A Great Disaster: Respiratory Physicians' Experiences of The Great East Japan Earthquake. *Respiratory investigation*, 51(2), 50-55.

Okay N. ve İnal E. (2019). Kırılganlıktan Kapasite Geliştirmeye. *Dirençlilik Dergisi*. 3(1), 85-99.

Okay, N. (2019). "Afet Risk Yönetiminde Yaklaşımlar". *Mimar ve Mühendis*. ss.54-57.

Onat, A., Can, G., (2017). Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. (ss: 20-28). *TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*. Onat A (Ed.) İstanbul: Logos Yayıncılık.

Orhan E.ve Keskinok H. Çağatay. (2019). Afet Sakınımında Özel Gereksinimli Bireyler için Geliştirilecek Mekansal Planlama İlkeleri, *Resilience Journal / Dirençlilik Dergisi* 3(1), 25-35.

Osakwe, Z. T., Larson, E., Andrews, H., & Shang, J. (2019). Activities of daily living of home healthcare patients. *Home healthcare now*, *37*(3), 165-173.

Özdemir, Ü., Taşcı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.

Özer Ö. Şantaş F. (2012). Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2(3): 96-103

Özer, Y.E. (2017). Afetlerin Kalkınmaya Üzerine Bir Değerlendirme. *Bütünleşik Afet Yönetimi* (ss: 183-199). İzmir: Birleşik Matbaacılık.

Özkaya, Y. (2017). "Bütünleşik Afet Yönetim Sürecinde Başarı Göstergesi Olarak Yoksulluk" *Bütünleşik Afet Yönetimi* (ss: 201-220). İzmir. Birleşik Matbaacılık 2. baskı.

Quarantelli, E. L. (1989). *Emergency. Working Paper #83.* Disaster Research Center University of Delaware 1989

Rahman T.T.A. (2014) Health literacy: prevalence among elderly care givers and its impact on the frequency of elderly hospitalization and elderly health related quality of life. *Advances in Aging Research* 3 (5), 380–387.

Revenson, T. A., Abraído-Lanza, A. F., Majerovitz, S. D., ve Jordan, C. (2005). Couples Coping with Chronic Illness: What's Gender Got to do With it?. *Decade of Behavior. Couples Coping with Stress: Emerging Perspectives on Dyadic Coping.* (pp.137-156) American Psychological Association.

Rijken, M., Jones, M., Heijmans M., Dixon A. (2008). "Chapter Six: Supporting Self-management" *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective* (pp.116-142). Glasgow: McGraw-Hill Education (UK).

Sacco, R.L., Roth, G.A., Reddy, K.S., Arnett, D.K., Bonita, R., Gaziano, T.A., ... ve Murray, C.J. (2016). The heart of 25 by 25: Achieving the Goal of Reducing Global and Regional Premature Deaths from Cardiovascular Diseases and Stroke: a Modeling Study from the American Heart Association and World Heart Federation. *Circulation*, 133(23), e674-e690.

Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 01.02.2010 Tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı.

Saito, K., Kim, J. I., Maekawa, K., Ikeda, Y., ve Yokoyama, M. (1997). The great Hanshin-Awaji Earthquake Aggravates Blood Pressure Control in Treated Hypertensive Patients. *American Journal of Hypertension*, *10*(2), 217-221.

Salazar, M. A., Pesigan, A., Law, R., ve Winkler, V. (2016). Post-disaster Health Impact of Natural Hazards in The Philippines in 2013. *Global Health Action*, *9*(1), 31320.

Searchinger, T., Hanson, C., Ranganathan, J., Lipinski, B., Waite, R., Winterbottom, R., ... ve Dumas, P. (2014). *Creating a sustainable food future. A menu of solutions to sustainably feed more than 9 billion people by 2050*. World resources report 2013-14: interim findings.

Sengül, A., Özer, E., Salman, S., Salman, F., Saglam, Z., Sargın, M., ... ve Yılmaz, T. (2004). Lessons Learnt From İnfluences Of The Marmara Earthquake On Glycemic Control And Quality Of Life İn People With Type 1 Diabetes. *Endocrine Journal*, *51*(4), 407-414.

Sever, M. S., Erek, E., Vanholder, R., Kalkan, A., Guney, N., Usta, N., ... ve Lameire, N. (2004). Features of Chronic Hemodialysis Practice After The Marmara Earthquake. *Journal of the American Society of Nephrology*, *15*(4), 1071-1076.

Shimizu, Y., Dobashi, K., Hisada, T., Ono, A., Todokoro, M., Iijima, H., … Mori, M. (2007). Acute Impact of Volcanic Ash on Asthma Symptoms and Treatment. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology*, 9–14.

Sievenpiper, J.L., Chan, C.B., Dworatzek, P.D., Freeze, C., Williams, S.L., ve Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. (2018). Nutrition therapy. *Canadian Journal Of Diabetes*, 42, 64-79.

Slama, S., Kim, H.J., Roglic, G., Boulle, P., Hering, H., Varghese, C., ... ve Tonelli, M. (2017). Care of Non-communicable Diseases in Emergencies. *The Lancet*, 389(10066), 326-330.

Slama, S., Lee, J., Aragno, M., Laroche, S., ve Hogerzeil, H. (2018). The Development of The Noncommunicable Diseases Emergency Health Kit. *East Mediterr Health J*, 24, 92-8.

Soysal, A., Erkek, S. (2019). Sağlık Hizmetleri Sunumunda Suriyeli Hastalarla Karşılaşılan Sorunlar: Gaziantep İlinde Bir Araştırma. *Internatıonal Kahramanmaraş Management, Economy And Polıtıcs Congress 11-12 April 2019 Kahramanmaraş/Turkey* (P. 13).

Sphere Association. (2018). *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, Fourth Edition, Geneva, Switzerland.

Spiegel, P., Khalifa, A., ve Mateen, F.J. (2014). Cancer in Refugees in Jordan and Syria Between 2009 And 2012: Challenges And The Way Forward İn Humanitarian Emergencies. *The Lancet Oncology*, *15*(7), E290-E297

Stanton, A.L., Revenson, T.A., ve Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*. 2007, 58:1, 565-592

Suhrcke, M., Fahey, D.K. and McKee, M. ve WHO (2008). Chapter Three: Economic Aspects of Chronic Disease and Chronic Disease Management. *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*, (pp. 43-61). Glasgow: McGraw-Hill Education (UK),

Şahin, N. (2009). Afet Yönetimi ve Acil Yardım Planları, *İzmir TMMOB Kent Sempozyumu*. İzmir.

Şen, G., (2017). *Afet Triajında Etik Karar Verme: İzmir İli Örneği*. İzmir: Kitapana,

Takakura, R., Himeno, S., Kanayama, Y., Sonoda, T., Kiriyama, K., Furubayashi, T., ... ve Iwao, N. (1997). Follow-up after the Hanshin-Awaji earthquake: diverse influences on pneumonia, bronchial asthma, peptic ulcer and diabetes mellitus. *Internal medicine*, 36(2), 87-91.

TC. Sağlık Bakanlığı (2020). *COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi Bilim Kurulu Çalışması* https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19_Rehberi.pdf (30.04.2020).

TC. Sağlık Bakanlığı ve DSÖ. (2017). *Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025*. Ankara: TC. Sağlık Bakanlığı.

TC. Sağlık Bakanlığı ve DSÖ. (2008). Mpower: Tütün Salgınını Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi. Ankara: TC. Sağlık Bakanlığı

The Newyork Times Magazine. (25.08.2009). The Deadly Choices at Memorial The Newyork Times, The Deadly Choices at Memorial https://www.nytimes.com/2009/08/30/magazine/30doctors.html (05.01.2019).

The Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) (1994) Guidelines on Disaster Mitigation,

The Sphere Project, (2011). *Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*, Third edition. Geneva: The Sphere Prject.

The World Bank (2019). Diabetes prevalence (% of population ages 20 to 79 International Diabetes Federation, Diabetes Atlas. https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.DIAB.ZS?most_recent_value_desc=true (17.07.2019).

Tiryakioğlu, M. (2016). Kalkınma Politikaları Tasarımında Doğal Afetleri Dikkate Almak: Türkiye Üzerine Bir Tartışma. *Afetlerle Kalkınma Tecrübeler, Politikalar, Beklentiler*. (ss: 189-218). Ankara: Efil Yayınevi.

Toker, H. (2017). Doğal Afetler, İletişim ve Medya. (ss: 251-278) *Bütünleşik Afet Yönetimi*. 2. Basım. İzmir: Birleşik Matbaacılık.

Tomio, J., ve Sato, H. (2014). Emergency and Disaster Preparedness for Chronically Ill Patients: A Review of Recommendations. *Open Access Emergency Medicine: OAEM*, *6*, 69.

Tomita, K., Hasegawa, Y., Watanabe, M., Sano, H., Hitsuda, Y., ve Shimizu, E. (2005). The Tottori-Ken Seibu earthquake and exacerbation of asthma in adults. *The Journal of Medical Investigation*, *52*(1, 2), 80-84.

Tseng, C.M., Chen, Y.T., Ou, S.M., Hsiao, Y.H., Li, S.Y., Wang, S.J., ... ve Perng, D.W. (2013). The effect of cold temperature on increased exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a nationwide study. *PLoS One*, *8*(3), e57066.

Türkiye Cumhuriyeti Anayayası. (2015). *Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*, No: 5378 madde :3/c.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2017). "*Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi*" Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 1070 Ankara, 2017.

U.S. Department of Health ve Human Services (2014). Agency for Healthcare Research and Quality. Total Expenses and Percent Distribution for Selected Conditions by Source of Payment: United States, 2014. Medical Expenditure Panel Survey Household Component Data. Generated interactively. https://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_stats/tables_compendia_hh_interactive.jsp?_SERVICE=MEPSSocket0&_PROGRAM=MEPSPGM.TC.SAS&File=HC2Y2014&Table=HC2Y2014%5FCNDXP%5FC&_Debug=(26. 12. 2019)

U.S. Department of Health and Human Services (2010). *Multiple Chronic Conditions—A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions*. Washington, DC.

Ueda, S., Hanzawa, K., Shibata, M., ve Suzuki, S. (2012). High prevalence of deep vein thrombosis in tsunami-flooded shelters established after the great East-Japan earthquake. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 227(3), 199-202.

UN/ISDR, (2007). *Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the resilience of nations and communities to disasters*. United Nations International Strategy for Disaster Reduction. Genewa, Switzerland.

UNDP. (2017). *UNDP Support To The Implementatıon Of Sustainable Development Goal 3. Ensure Healthy Lıves And Promote Well-Being For All At All Ages.* United Nations Development Programme.

UNISDR. (2015*). Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030*.United Nation. Geneva Switzerland.

United Nations General Assembly (2011). Political Declaration Of The High-Level Meeting of The General Assembly on The Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2011. Sixty-sixth session Agenda item 117 http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf (06.10.2018)

United Nations General Assembly (UNGA). (2016). *Sustainable Development: Disaster Risk Reduction. Report of The Open-ended Intergovernmental Expert Working Group on Indicators and Terminology Relating to Disaster Risk Reduction.* Seventy-First Session Agenda Item 19 (c)

United Nations, (2006) Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol (CRPD). *Resolution*, 61, 106. ss:1-31.

United Nations. (2015). Sendai framework for disaster risk reduction Terminology 2015–2030. https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf (11.11.2018).

United Nations. (2016). Transforming Our World: The 2030 Agenda For Sustainable Development. A/Res/70/1.

United Nations. (2017a). The Sustainable Development Goals Report 2017.

United Nations. (2017b). Department of Economic and Social Affairs, Population Division World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf (18.10.2018).

United Nations. (2018). World Urbanization Prospects: The 2018 Revision [Key Facts]. Ss:1-2. https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-KeyFacts.pdf (18.10.2018).

Vandentorren, S., Bretin, P., Zeghnoun, A., Mandereau-Bruno, L., Croisier, A., Cochet, C., ... ve Ledrans, M. (2006). August 2003 Heat Wave in France: Risk Factors for Death of Elderly People Living at Home. *The European Journal of Public Health*, 16(6), 583-591.

Vanholder, R., Sever, M.S., De Smet, M., Erek, E., ve Lameire, N. (2001). Intervention of The Renal Disaster Relief Task Force in The 1999 Marmara, Turkey earthquake. *Kidney International*, *59*(2), 783-791.

Varano, S.P., Schafer, J.A., Cancino, J.M., Decker, S.H., ve Greene, J.R. (2010). A tale of three cities: Crime and displacement after Hurricane Katrina. *Journal of Criminal Justice*, *38*(1), 42-50.

Vest, J. R., ve Valadez, A. M. (2006). Health Conditions and Risk Factors of Sheltered Persons Displaced by Hurricane Katrina. *Prehospital and Disaster Medicine*, 21(2), 55-58.

WCED (1987). *Our Common Future,* Oxford: Oxford University Press.

Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, D.E., Collins, K.J., Himmelfarb, C.D., ... ve MacLaughlin, E.J. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AG-S/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for The Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of The American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, *71*(19), e127-e248.

WHO ve The World Bank. (2011). *World Report On Disability*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

WHO (1984). *WHO Emergency Health Kit: Standard Drugs and Clinic Equipment for 10,000 Persons for 3 Months*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2011b). *The interagency emergency health kit 2011: Medicines and medical devices for 10,000 people for approximately three months*. Geneva: Switzerland: World Health Organization; 2011

WHO and Global Cancer Observatory (2019*). Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2018*. International Agency for Research on Cancer

WHO, (2005a). *Preventing Chronic Diseases: A Vital İnvestment*. World Health Organization & Public Health Agency of Canada.

WHO. (17.05.2017). Fact sheets, Cardiovasculer Disease, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) , (08.06.2019).

WHO. (2006). *Health Effects of the Chernobyl Accident and Special Health Care Programmes: Report of the UN Chernobyl Forum Health Expert Group*, Ed: Burton Bennett, Michael Repacholi and Zhanat Carr, World Health Organization, Geneva, 2006

WHO. (2007). Global Surveillance, Prevention And Control Of Chronic Respiratory Diseases: A Comprehensive Approach. In *Global Surveillance, Prevention And Control Of Chronic Respiratory Diseases: A Comprehensive Approach*. Jean Bousquet And Nikolai Khaltaev (Editors).

WHO. (2008). *Older persons in emergencies: an active ageing perspective*. World Health Organization Press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. Ss:1-43. https://www.who.int/ageing/publications/EmergenciesEnglish13August.pdf

WHO. (2010). *Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease İnterventions For Primary Health Care in Low-Resource Settings*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2011a). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2013) *Global Action Plan for The Prevention and Control of Non communicable Diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2015a). Chronic diseases and their common risk factors Facing the facts #1. World Health Organization. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1.pdf (04.10.2018)

WHO. (2015b). *ACCELERATING PROGRESS on HIV, tuberculosis, malaria, hepatitis and neglected tropical diseases A new agenda for 2016-2030.* Geneva: World Health Organization

WHO. (2016a). *Ambient Air Pollution: A Global Assessment of Exposure and Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2016b). *Global Report on Diabetes*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2017a). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2017*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2017b). *The WHO STEPwise Approach to Noncommunicable Disease Risk Factor Surveillance*. Geneva: World Health Organization

WHO. (2017c). *Towards Access 2030: WHO Essential Medicines and Health Products Strategic Framework 2016-2030.* World Health Organization.

WHO. (2017d). *Promoting health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2018a). *World Health Statistics 2018: Monitoring Health For The SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization

WHO. (2018b). *Saving Lives, Spending Less: A Strategic Response to Noncommunicable Disea*ses. Geneva: World Health Organization

WHO. (2019a). *Classification of Diabetes Mellitus*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2019b). *The Interagency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Opproximately Three Months*. Geneva: World Health Organization; 2019

WHO. (2019c). *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.* Geneva: World Health Organization; 2019.

WHO. (2020). World health statistics 2020: Monitoring Health For The Sdgs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2020.

Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernandez, R., ... ve Townsend, N. (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017*. Brussels: European Heart Network.

Willison, C. (2017). Shelter from the Storm: Roles, Responsibilities, and Challenges In United States Housing Policy Governance. *Health Policy*, 121(11), 1113-1123**.**

Wisner, B., Blaikie, P., Cannon, T. ve Davis, I., (2004). *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. Routledge.

WHO. (2004). *Comprehensive community-and home-based health care model* (No. Regional Publication No. 40). WHO Regional Office for South-East Asia.

WHO. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report, 49.

Wyte-Lake, T., Claver, M., & Dobalian, A. (2016). Assessing patients' disaster preparedness in home-based primary care. *Gerontology*, *62*(3), 263-274.

Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. (2004). The Global Burden of Chronic Diseases Overcoming Impediments to Prevention and Control. *JAMA*, 291(21): 2616–2622.

Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri.* Ankara: Detay Yayıncılık.

Yılmaz, K., Balun, B., ve Erbay, G. (2019). Sürdürülebilir Bir Yönetim Paradigması: Ortopedik Engelli Bireylerin Afetlere Hazırlık Seviyeleri. *Resilience*, 3(1), 1-24.

Yurtseven, A., Özcan, G., ve Saz, E. U. (2015). Çocuk Acil Servise Başvuran Suriyeli Hastalarla Türk Hastaların Karşılaştırılması: Ege Üniversitesi Deneyimi. *J Pediatr Emerg Intens Care Med*, *2*, 133-6.

Zahm, S. H., ve Ward, M. H., (1998). Pesticides and childhood cancer. *Environmental Health Perspectives*, 106(Suppl 3), ss.893–908.

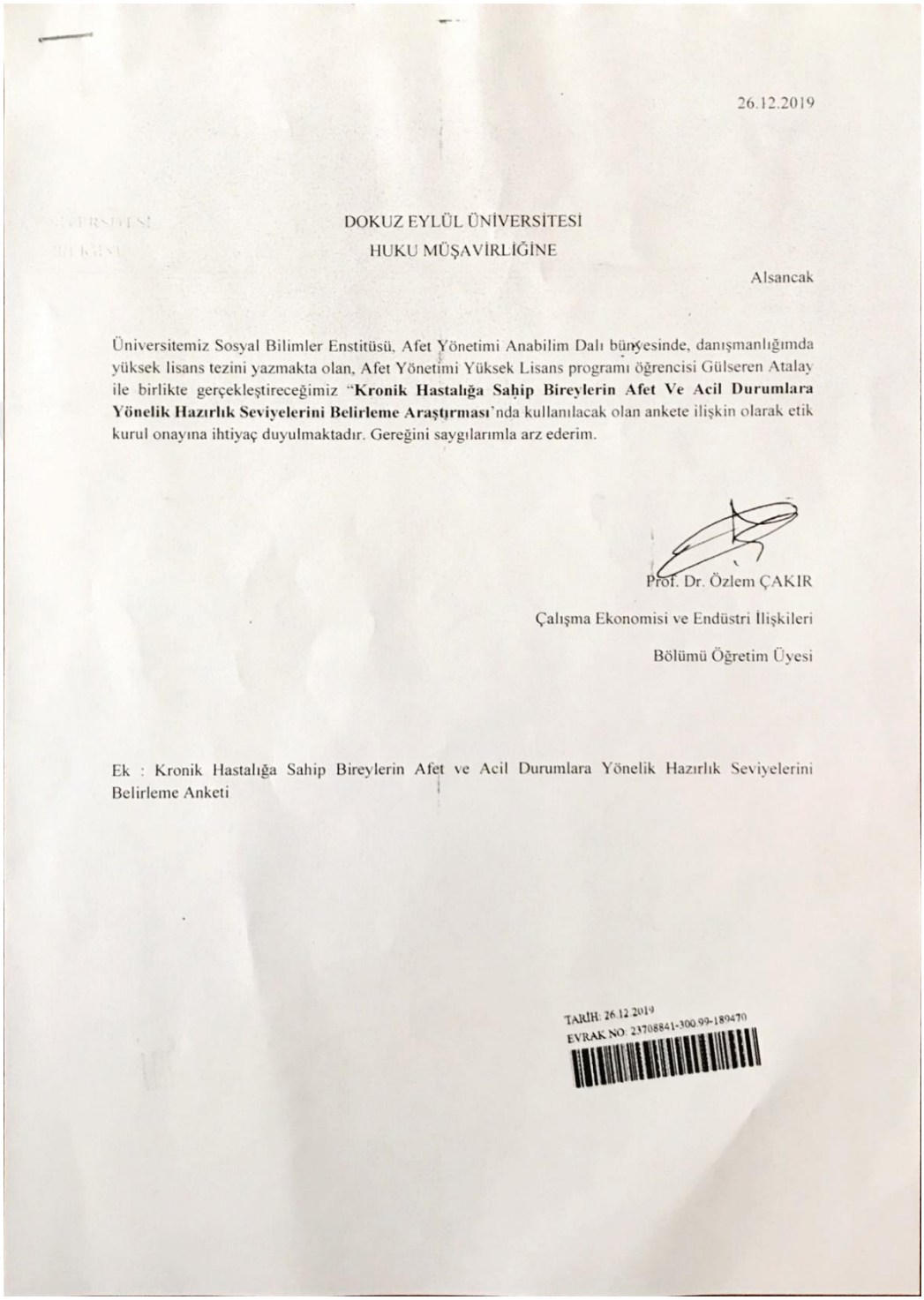
EKLER

Ek 1: α= 0.05 İçin Örneklem Büyüklükleri

Evren Büyüklüğü	**+- 0.03 örnekleme hatası (d)**			**+-0.05 örnekleme hatası (d)**			**+-0.10 örnekleme hatası (d)**		
	p=0.5 q=0.5	**p=0.8 q=0.2**	**p=0.3 q=0.7**	**p=0.5 q=0.5**	**p=0.8 q=0.2**	**p=0.3 q=0.7**	**p=0.5 q=0.5**	**p=0.8 q=0.2**	**p=0.3 q=0.7**
100	92	87	90	71	80	77	49	38	45
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
100 milyon	1067	683	896	384	245	323	96	61	81

Kaynak: Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004: 50

Ek 2: Etik Kurul İzin Dilekçesi



26.12.2019

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HUKU MÜŞAVİRLİĞİNE

Alsancak

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afet Yönetimi Anabilim Dalı bünyesinde, danışmanlığımda yüksek lisans tezini yazmakta olan, Afet Yönetimi Yüksek Lisans programı öğrencisi Gülseren Atalay ile birlikte gerçekleştireceğimiz "**Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Afet Ve Acil Durumlara Yönelik Hazırlık Seviyelerini Belirleme Araştırması**'nda kullanılacak olan ankete ilişkin olarak etik kurul onayına ihtiyaç duyulmaktadır. Gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Özlem ÇAKIR

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri

Bölümü Öğretim Üyesi

Ek : Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Afet ve Acil Durumlara Yönelik Hazırlık Seviyelerini Belirleme Anketi

TARİH: 26.12.2019
EVRAK NO: 23708841-300.99-189470

Ek 3: Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurul İzin Belgesi

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
HUKUK MÜŞAVİRLİĞİ

21 Şubat 2020

Sayı : 87347630/640-865
Konu : Gülseren ATALAY hk.

Sayın; Prof. Dr. Özlem ÇAKIR
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi

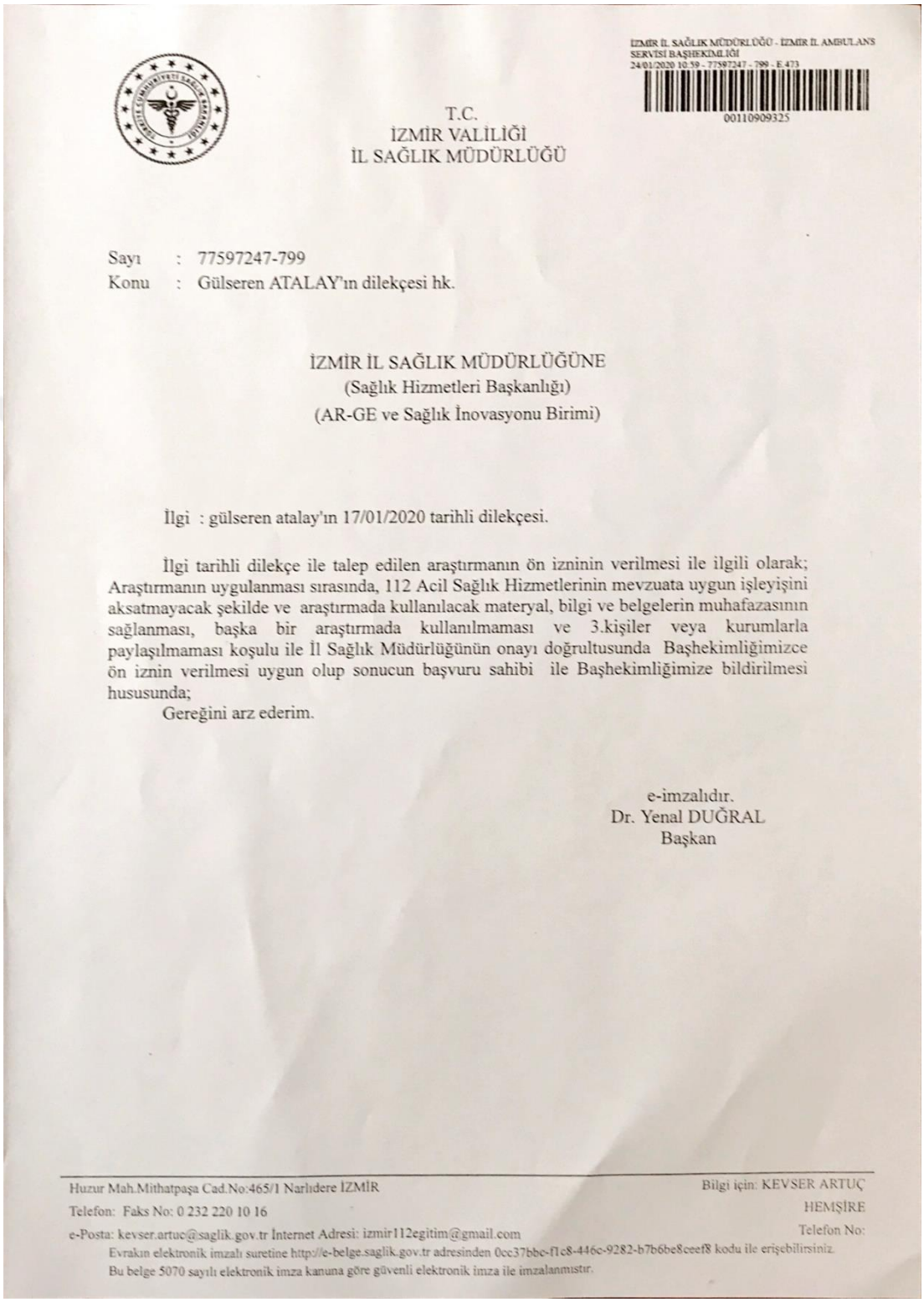
İlgi : a)26.12.2019 tarihli dilekçeniz.
b)Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulunun 14.02.2020 tarihli toplantısında alınan 4 nolu kararı.

İlgi (a)'da kayıtlı yazınız ile Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulu tarafından değerlendirilmek üzere gönderilen anket formu ilgi (b)'de kayıtlı karar uyarınca etik ilkelere uygun olduğu anlaşılmış olup;
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Nükhet HOTAR
Rektör

Adres:Cumhuriyet Bulvarı No:144 Alsancak/İZMİR/TÜRKİYE
Telefon:+90(232) 412 10 74 Fax:+90(232) 412 10 80
E-Posta: ezgi.dogan@deu.edu.tr Elektronik ağ:www.deu.edu.tr
Bilgi İçin İrtibat
Ezgi AÇIKGÖZ
İzmir

Ek 4: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Ön izin Belgesi



İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMLİĞİ
24/01/2020 10:59 - 77597247 - 799 - E.473
00110909325

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 77597247-799
Konu : Gülseren ATALAY'ın dilekçesi hk.

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Sağlık Hizmetleri Başkanlığı)
(AR-GE ve Sağlık İnovasyonu Birimi)

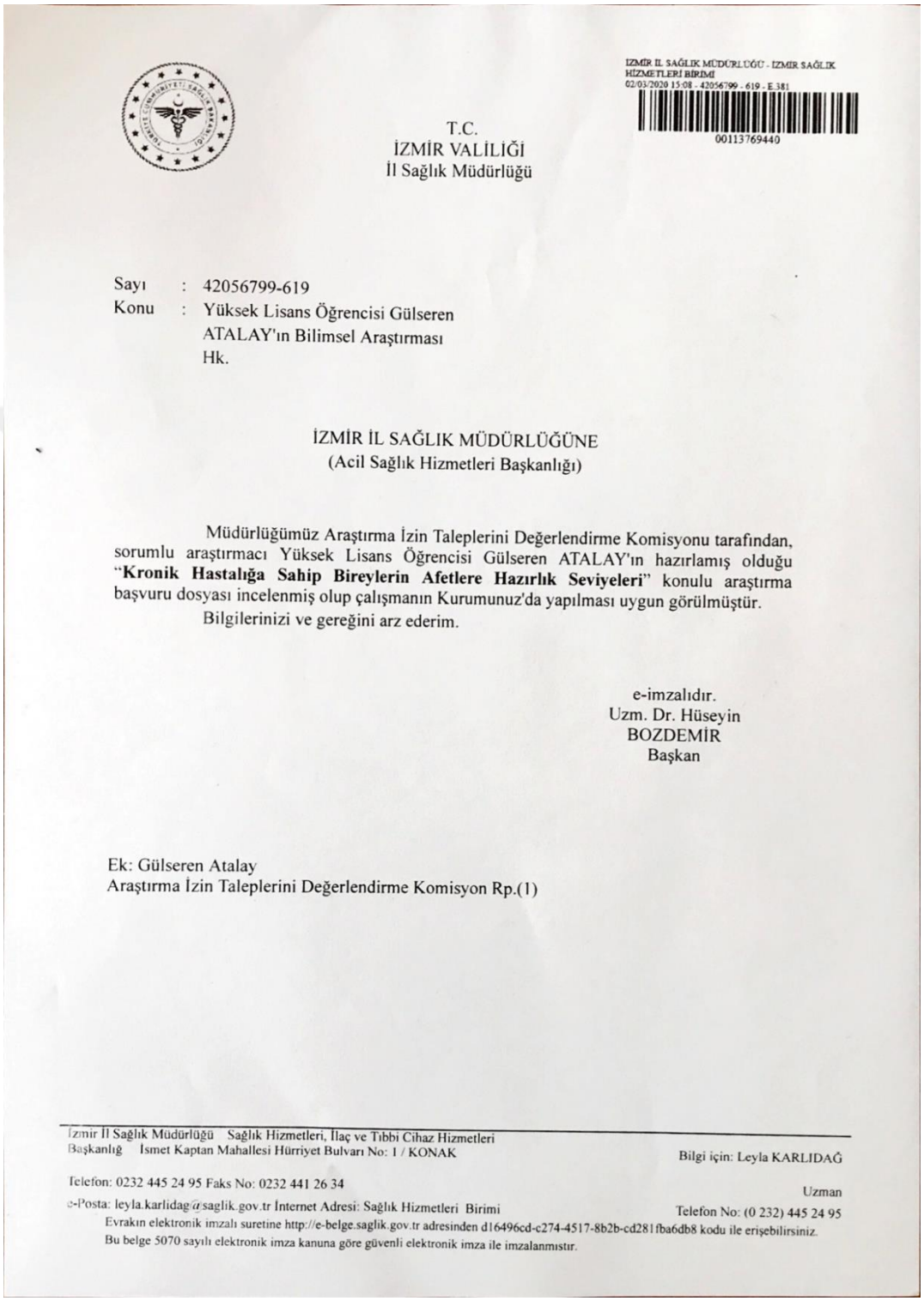
İlgi : gülseren atalay'ın 17/01/2020 tarihli dilekçesi.

İlgi tarihli dilekçe ile talep edilen araştırmanın ön izninin verilmesi ile ilgili olarak; Araştırmanın uygulanması sırasında, 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin mevzuata uygun işleyişini aksatmayacak şekilde ve araştırmada kullanılacak materyal, bilgi ve belgelerin muhafazasının sağlanması, başka bir araştırmada kullanılmaması ve 3.kişiler veya kurumlarla paylaşılmaması koşulu ile İl Sağlık Müdürlüğünün onayı doğrultusunda Başhekimliğimizce ön iznin verilmesi uygun olup sonucun başvuru sahibi ile Başhekimliğimize bildirilmesi hususunda;
Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Yenal DUĞRAL
Başkan

Huzur Mah.Mithatpaşa Cad.No:465/1 Narlıdere İZMİR
Telefon: Faks No: 0 232 220 10 16
e-Posta: kevser.artuc@saglik.gov.tr İnternet Adresi: izmir112egitim@gmail.com
Bilgi için: KEVSER ARTUÇ
HEMŞİRE
Telefon No:
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 0cc37bbc-f1c8-446c-9282-b7b6be8ceef8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 5: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Onay Belgesi



İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
02/03/2020 15:08 - 42056799 - 619 - E.381
00113769440

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 42056799-619
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Gülseren ATALAY'ın Bilimsel Araştırması Hk.

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı)

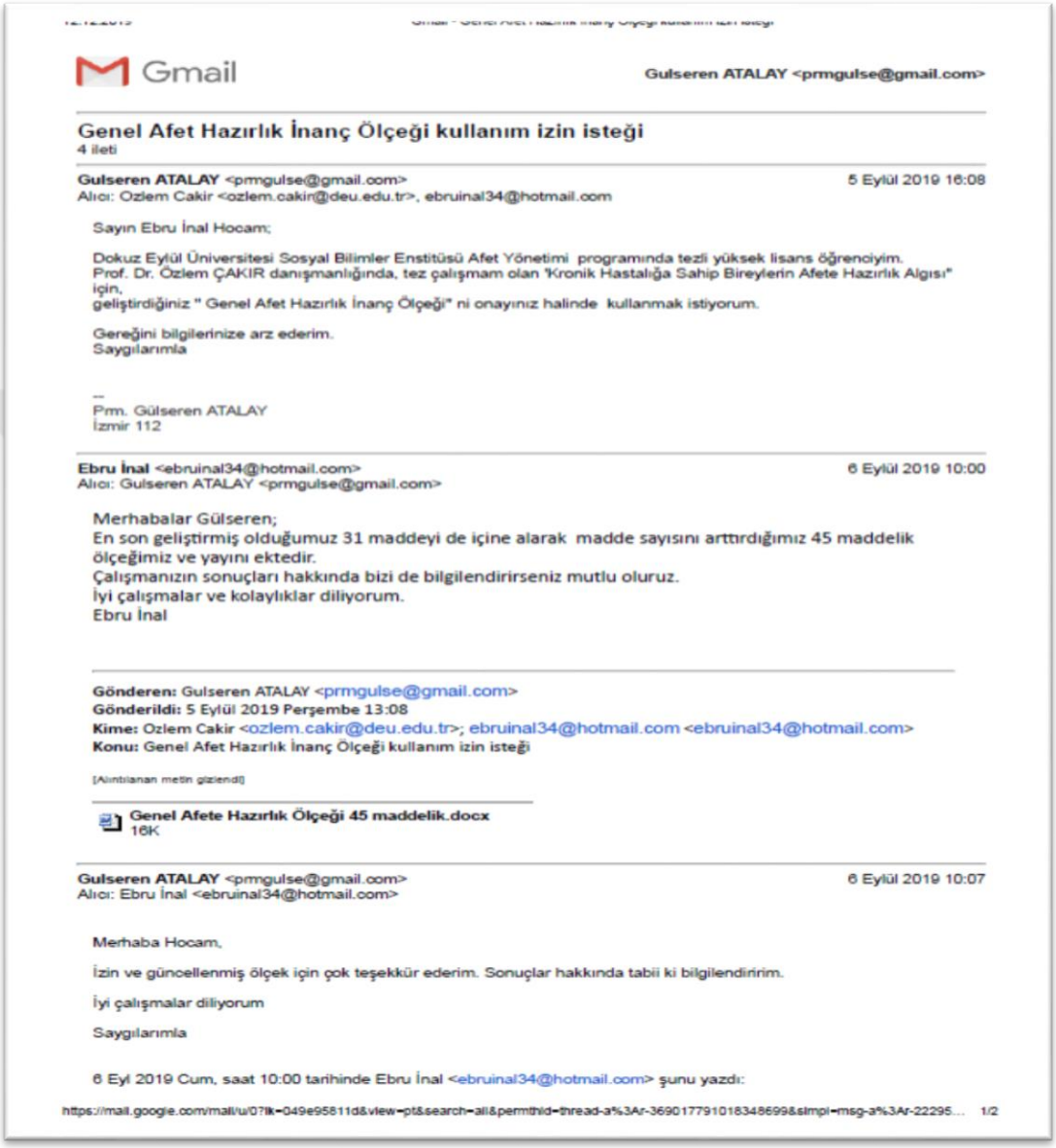
Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Yüksek Lisans Öğrencisi Gülseren ATALAY'ın hazırlamış olduğu "**Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Afetlere Hazırlık Seviyeleri**" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup çalışmanın Kurumunuz'da yapılması uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Hüseyin
BOZDEMİR
Başkan

Ek: Gülseren Atalay
Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığı İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 / KONAK
Telefon: 0232 445 24 95 Faks No: 0232 441 26 34
e-Posta: leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Sağlık Hizmetleri Birimi
Bilgi için: Leyla KARLIDAĞ
Uzman
Telefon No: (0 232) 445 24 95
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden d16496cd-c274-4517-8b2b-cd281fba6db8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 6: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği Kullanım İzni



Gmail

Gulseren ATALAY <prmgulse@gmail.com>

Genel Afet Hazırlık İnanç Ölçeği kullanım izin isteği
4 ileti

Gulseren ATALAY <prmgulse@gmail.com> 5 Eylül 2019 16:08
Alıcı: Ozlem Cakir <ozlem.cakir@deu.edu.tr>, ebruinal34@hotmail.com

Sayın Ebru İnal Hocam;

Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Afet Yönetimi programında tezli yüksek lisans öğrenciyim.
Prof. Dr. Özlem ÇAKIR danışmanlığında, tez çalışmam olan 'Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Afete Hazırlık Algısı" için,
geliştirdiğiniz " Genel Afet Hazırlık İnanç Ölçeği" ni onayınız halinde kullanmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.
Saygılarımla

--
Prm. Gülseren ATALAY
İzmir 112

Ebru İnal <ebruinal34@hotmail.com> 6 Eylül 2019 10:00
Alıcı: Gulseren ATALAY <prmgulse@gmail.com>

Merhabalar Gülseren;
En son geliştirmiş olduğumuz 31 maddeyi de içine alarak madde sayısını arttırdığımız 45 maddelik ölçeğimiz ve yayını ektedir.
Çalışmanızın sonuçları hakkında bizi de bilgilendirirseniz mutlu oluruz.
İyi çalışmalar ve kolaylıklar diliyorum.
Ebru İnal

Gönderen: Gulseren ATALAY <prmgulse@gmail.com>
Gönderildi: 5 Eylül 2019 Perşembe 13:08
Kime: Ozlem Cakir <ozlem.cakir@deu.edu.tr>; ebruinal34@hotmail.com <ebruinal34@hotmail.com>
Konu: Genel Afet Hazırlık İnanç Ölçeği kullanım izin isteği

[Alıntılanan metin gizlendi]

Genel Afete Hazırlık Ölçeği 45 maddelik.docx
16K

Gulseren ATALAY <prmgulse@gmail.com> 6 Eylül 2019 10:07
Alıcı: Ebru İnal <ebruinal34@hotmail.com>

Merhaba Hocam,

İzin ve güncellenmiş ölçek için çok teşekkür ederim. Sonuçlar hakkında tabii ki bilgilendiririm.

İyi çalışmalar diliyorum

Saygılarımla

6 Eyl 2019 Cum, saat 10:00 tarihinde Ebru İnal <ebruinal34@hotmail.com> şunu yazdı:

https://mail.google.com/mail/u/0?ik=049e95811d&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-3690177910183486998simpl=msg-a%3Ar-22295... 1/2

Ek 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ve Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Afetlere Hazırlık Seviyelerini Belirleme Çalışması

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın katılımcı,

Bu araştırma, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Birimine kayıtlı hastalar için "KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN AFETLERE HAZIRLIK SEVİYELERİ 'ni belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır. İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Gülseren ATALAY

Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Afet Yönetimi A.B.D.

Afet Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

prmgulse@gmail.com

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:	
Telefon:			

Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:	
Telefon:			

Araştırmacı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:	
Telefon:			

KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN AFETLERE HAZIRLIK SEVİYELERİNİ BELİRLEME ÇALIŞMASI

BÖLÜM- SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Kaç yaşındasınız? Rakamla yazınız ……..

2) Cinsiyetiniz? ( ) Erkek ( ) Kadın

3) Vücut ağırlığınız kaç kg'dır? Rakamla yazınız ……..

4) Öğrenim durumunuz ile ilgili uygun seçeneği ''X'' işareti koyarak işaretleyiniz.

( ) Okur yazar değil ( ) Okur yazar ( ) İlk okul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite

5) Medeni durumunuz ile ilgili uygun seçeneği ''X'' işareti koyarak işaretleyiniz.

( ) Evli ( ) Bekâr ( ) Boşanmış/Eşinden ayrılmış ( ) Dul/Eşi ölmüş

6) Nerede yaşıyorsunuz? Uygun seçeneği ''X'' işareti koyarak işaretleyiniz.

( ) Kendi evimde ( ) Kirada ( )Bakım evi ( )Bakıcımın evi ( ) Diğer…….

7) Herhangi bir kurumdan Hasta/Yaşlılık Bakım ödemesi alıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

8) Sağlık güvenceniz var mı? ( )Evet ( )Hayır

II. BÖLÜM- SAĞLIK DURUMU ve AFET/ACİL DURUMA HAZIRLIK SORULARI

9) Herhangi bir fiziksel engeliniz var mı? Eğer varsa birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

( ) Yok ( ) İşitme kaybı ( ) Görme kaybı ( ) Konuşma Bozukluğu ( ) Hareket kaybı

( ) Diğer (Belirtiniz)……..

10) Hangi kronik hastalığa/hastalıklara sahipsiniz?

( ) Kalp ve damar hastalığı ( )KOAH ( ) Kanser ( ) Diyabet ( )Nörolojik Hastalıklar ( )Alzheimer, Demans, Psikiyatrik Hastalıklar ( )Diğer…….

11) Hastalığınız/hastalıklarınız için her gün ilaç kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız Evet ise 12. Soruyu yanıtlayınız. Cevabınız Hayır ise 13. yanıtlamaya devam ediniz.

12) Her gün kaç ilaç kullanıyorsunuz? ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( ) 7+

13) Hastalığınız için elektrikle çalışan tıbbi cihaz (oksijen makinesi, havalı yatak, ilaç, infüzyon pompası, diğer vs.) kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

14) Ev ortamında kullandığınız tıbbi cihazlar fonksiyon dışı kaldığında (elektrik kesintisi, bozulma, vs.) aldığınız eğitim/ güvenlik önlemi var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

15) Hastalığınız için oksijen desteğine ihtiyacınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

16) Hastalığınız için diyaliz tedavisine ihtiyacınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız Evet ise 17. Soruyu yanıtlayınız. Hayır ise 18. Soruya devam ediniz.

17) Haftada kaç kez diyaliz tedavisi alıyorsunuz? ( ) Gerektiğinde ( )1 ( )2 ( )3 ( )4+

18) Günlük ihtiyaçlarınız için (yemek yeme, tuvalete gitme, giyinme) yürür veya hareket edebilir misiniz? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen

19) Yürürken /hareket ederken yardıma/desteğe ihtiyaç duyar mısınız? ( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız Evet ise 20. soruyu yanıtlayınız. Hayır ise 21. soruya geçiniz.

20) Yürürken/hareket ederken hangi kişi/ araçları kullanırsınız?

( ) Bakım veren ( ) Baston ( ) Tekerlekli Yürüteç ( ) Tekerlekli Sandalye ( )Diğer

21) Hastalığınız nedeniyle yatağa bağımlı mısınız? ( ) Evet ( ) Hayır

22) Hastanızın/kendinizin sağlık durumu değiştiğinde ilk başvuruyu nereye yapıyorsunuz?

( ) Evde Sağlık Hizmetleri ( )112 ( ) Aile Hekimliği ( )Hastane ( ) Diğer

23) Hastanın/Kendinizin hastaneye nakli sırasında destek alıyor musunuz?

( ) Evet alıyorum ( )Hayır kendi imkanlarımızı kullanıyorum

Cevabınız Evet ise 24. Soruyu yanıtlayınız. Hayır ise 25. Soruya devam ediniz.

24) Hastaneye nakil sırasında hangi kurum/araçlardan destek alırsınız?

( ) 112 ambulans ( )Belediye Hasta Nakil Aracı ( )Özel Hasta nakil aracı

( ) Evde Sağlık Hizmetleri Aracı ( ) Diğer

25) Sizin veya hastanızın en son hastaneye yatışınızın üzerinden ne kadar zaman geçti?

( ) 1 aydan az ( ) 1 aydan fazla ( ) 3 ay ( ) 6 ay ( )1 Yıl

26) Hastanızın/kendinizin hastalığı sebebiyle bakım eğitimi aldınız mı?

( ) Öz yönetim ve Hastalık kontrolü eğitimi ( ) Yara Bakımı/Pansuman ( )PEG/ Sonda bakımı

( )Aspirasyon eğitimi ( ) Diyaliz eğitimi

27) Hastanızın/kendinizin güvenliği için aldığınız önlemler var mı? (Emniyet kemeri, koruyucu destek yastıkları, korkuluk vs.) ( ) Evet ( )Hayır

28) Daha önce afet yaşadınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır

29) Bireysel acil durum / afet çantanız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

30) Oturduğunuz evin DASK sigortası var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

31) Afet/ acil durumlar için 7 gün süresince yetecek miktarda ilaç stoğunuz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

Ek 8: Genel Afete Hazırlık İnanç Ölçeği

Sayın katılımcı,

Bu araştırma, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Birimine kayıtlı hastalar için "KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN AFETLERE HAZIRLIK SEVİYELERİ 'ni belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır. İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Gülseren ATALAY

Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Afet Yönetimi A.B.D. Yüksek Lisans Öğrencisi
prmgulse@gmail.com

Aşağıda, afetlere yönelik hazırlığa ilişkin bazı ifadeler verilmiştir. Bu ifadelerin doğru ya da yanlış yanıtı yoktur. Her bir ifadeyi okuduktan sonra buna katıldığınızı ya da katılmadığınızı ifadenin karşısında yer alan kutucuğa (x) işareti koyarak belirtiniz. Lütfen her ifadeyi yanıtlayınız.

	Kesinlikle Katılıyorum	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
Önümüzdeki birkaç yıl içinde Acil durum/Afet yaşama ihtimalim çok yüksektir.					
Yaşamımın herhangi bir döneminde Acil durum/Afet yaşayacağımı göz önünde bulundururum.					
Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta bina dayanıklılığını artırmak benim için önemlidir.					

Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta acil durum/afet çantası hazırlamayı önemsemem.					
Yakın çevrem ile acil durumlarda/afetlerde gerekli acil iletişim numaraları hakkında konuşurum.					
Evdeki sabitlenebilecek eşyaları sabitlemeyi gereksiz buluyorum.					
Acil durum/Afet yaşama ihtimalini düşünmek beni korkutur.					
Acil durum/Afet yaşarsam hayatımda hiçbir şey değişmeyecek.					
Acil durumlar/Afetler sonucu sevdiklerimi kaybetmekten korkmam.					
Acil durumlar/Afetler sonucunda ölmekten korkarım.					
Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yaptığımda kendimi güvende hissederim.					

	Kesinlikle Katılıyorum	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak acil durumlar/afetler sonrası ölüm riskini azaltabilir.					
Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmam aile bireylerimi de koruyacaktır.					
Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak acil durumlarda/afetlerde ihtiyaçlarıma karşılık verecektir.					

Acil durumlara/Afetlere hazırlık yara almadan (sakatlanmadan) yaşamama yardım edecektir.					
Acil durumlara/Afetlere hazırlık ailem ve kendim için gereklidir (faydalıdır).					
Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmaktan çok daha önemli sorumluluklarım var.					
Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak için yeterli param yok.					
Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak çok fazla zamanımı alır.					
Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak için yeterli bilgim yok.					
Kaderimde Acil durumlarda/Afetlerde ölmek varsa ölürüm.					
Acil durumlara/Afetlere hazır olma adına tatbikat yapmak bana zor gelir.					
Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olmak için bireysel hazırlık yapmayı gereksiz buluyorum.					
Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak iyi hissetmemi sağlamaz.					
Afete Hazırlık- Temel Afet Bilinci eğitimlerini almak için çaba harcamayı gereksiz buluyorum.					
Aile için afet planının anlaşılması zordur.					

Aile için afet planı bireyin hazırlayamayacağı kadar gereksiz ayrıntılarla doludur.					
Aile için afet planının yararlı olduğuna inanmıyorum.					
Aile için afet planını uygulamaya geçirmek bana zor gelir.					
Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak bana zor geliyor.					
Aile üyelerim Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni bilgilendirmezler.					
Arkadaşlarım Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni aydınlatırlar.					
Fikirlerine önem verdiğim insanlar Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olma konusunda beni yönlendirirler.					

	Kesinlikle Katılıyorum	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
Acil durum/Afet konusundaki politikalar beni Acil Durumlar/Afetler konusunda hazırlıklı olmaya teşvik ederler.					
Kitapçıklar, gazeteler, broşürler beni yeterince bilgilendirmezler.					
Temel ilk yardım uygulayabilirim.					
Yangın söndürme cihazını kullanamam.					
Mahallemde yaşayanlarla birlikte Acil durumlar/Afetler ile ilgili tahliye planı oluşturamam.					
Acil durum/Afet sonrası ihtiyacım olursa psikolojik destek almak için gerekli hizmete erişebilirim.					
Yangın çıkmasına neden olacak tehlikeleri belirleyebilirim.					
Evde sabitlenmesi gereken eşyaları sabitleyebilirim.					
Basit düzeyde olsa dahi arama-kurtarma yapamam.					
Depremden korunmak için yaşadığım evde/binada güvenli yer belirleyebilirim.					
Bir afet sonrasında yerel yetkililerce belirlenmiş olan sığınak yerini bulamam.					
Bir afet sonrasında aile bireylerinin yeniden bir araya					

gelebileceği bir toplanma yeri belirleyebilirim.					