

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HALK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ**

**ACİL DURUMLARA/AFETLERE BİREYSEL HAZIRLIĞI
DEĞERLENDİRMEK İÇİN SAĞLIK İNANÇ MODELİ'NE
DAYALI ÖLÇEK GELİŞTİRME**

Ebru İNAL

**Halk Sağlığı Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2015

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HALK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ**

**ACİL DURUMLARA/AFETLERE BİREYSEL HAZIRLIĞI
DEĞERLENDİRMEK İÇİN SAĞLIK İNANÇ MODELİ'NE
DAYALI ÖLÇEK GELİŞTİRME**

Ebru İNAL

Halk Sağlığı Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. K. Hakan ALTINTAŞ

ANKARA

2015

Anabilim Dalı :Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Program :Halk Sağlığı
Tez Başlığı :Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığı Değerlendirmek İçin
Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Ölçek Geliştirme
Öğrenci Adı-Soyadı :Ebru İNAL
Savunma Sınavı Tarihi :17/06/2015

Bu çalışma jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Şevkat B. ÖZVARİŞ

H.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez danışmanı:

Prof. Dr. K. Hakan ALTINTAŞ

H.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye:

Doç. Dr. Sarp ÜNER

H.Ü. Halk Sağlığı Enstitüsü

Üye:

Prof. Dr. Mahir GÜLEÇ

G.A.T.A. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye:

Prof. Dr. Selim KILIÇ

G.A.T.A. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Halk Sağlığı Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof.Dr. Hilal ÖZCEBE

Müdür

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam sırasında her türlü desteğini ve rehberliğini sunan, beni her daim engin bilgi, sabır ve anlayışıyla yönlendirip destekleyen, bana verdiği değer ve eğitimle kariyer yönlendirmemde ve yürümek istediğim akademik yolda etkin rol alan değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. K. Hakan ALTINTAŞ'a,

Tez izleme jürimde yer alan, doktora eğitimim ve tez çalışmam sırasında çok değerli görüş ve desteklerini sunan Sayın Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ'a, tez çalışmam sırasında bana her daim destek olan, bilgilerini paylaşan ve her zaman tüm sorularımı cevaplandıran Sayın Doç. Dr. Nuri DOĞAN'a,

Doktora eğitimim sürecinde öğrencisi olduğum tüm değerli öğretim elemanlarına,

Uzman görüşlerini aldığım tüm değerli öğretim elemanlarına,

Araştırmaya katılan Yalova Üniversitesi akademik ve idari personellerine,

Öğrenim hayatımda bana her daim destek olan ve ışığımı her kaybettiğimde güneşim olan çok ama çok değerli,canımdan öte AİLEME,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

İnal, E. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlığı değerlendirmek için Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı ölçek geliştirme. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü Halk Sağlığı Programı Doktora Tezi, Ankara, 2015.

Bu çalışmada bireylerin acil duruma/afete hazırlık davranışlarını, tutumlarını ve inançlarını güvenilir ve geçerli bir biçimde değerlendirebilecek Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı bir ölçeğin geliştirilmesi ve acil duruma/afete hazırlıkla ilişkili açıklayıcı faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmacı tarafından, acil duruma/afete hazırlıkla ve Sağlık İnanç Modeli ile ilişkili önceki çalışmalara dayalı 87 maddeden oluşan bir form oluşturulmuştur. Bu form alan uzmanlarının görüşüne sunulmuştur ve yapılan değerlendirme sonrası, son form 60 maddelik ölçek taslağına indirilmiştir. 60 maddelik ölçek taslağı Nisan 2014-Temmuz 2014 tarihleri arasında Yalova Üniversitesi'nin 286 akademik ve idari personeline uygulanmıştır. Veri analizi SPSS 17.0 ve LISREL 8.7 programı kullanılarak tamamlanmıştır. Madde toplam korelasyonları sonucunda madde sayısı 33'e düşmüştür. Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla Temel Bileşenler Faktör Analizi kullanılmıştır. Faktör analizi sonucunda 6 faktör grubu elde edilmiştir. Bu boyutları, “Algılanan Duyarlılık”, “Algılanan Ciddiyet”, “Algılanan Yarar”, “Algılanan Engeller”, “Eyleme Geçiriciler” ve “Öz Yeterlilik” oluşturmaktadır. Ölçek 0.90 Cronbach Alpha katsayısı ile (bütün alt boyutların >0.70 olduğu) iç tutarlık güvenilirliğinin yüksek seviyede olduğunu göstermektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r=0.72$ $p<0.001$ olarak belirlenmiştir. Toplam puan ortalaması $109,12\pm16,00$ dır. Ölçek alt boyut puan ortalamaları ise “Algılanan Duyarlılık” alt boyutunda $26,57\pm4,04$, “Algılanan Ciddiyet” alt boyutunda $11,53\pm2,45$, “Algılanan Yarar” alt boyutunda $11,93\pm1,94$, “Algılanan Engeller” alt boyutunda $18,58\pm4,07$, “Eyleme Geçiriciler” alt boyutunda $15,80\pm4,59$ ve “Öz Yeterlilik” alt boyutunda ise $24,69\pm6,35$ 'dir. Çalışma sonuçları, 33 maddelik ölçeğin bireylerin acil duruma/afete hazırlığa yönelik davranış, tutum ve inançlarını ölçmekte kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Ölçek farklı sosyodemografik gruplara uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil durum, afet, bireysel hazırlık, Sağlık İnanç Modeli, ölçek.

ABSTRACT

Inal, E. Developing a scale to evaluate individual preparedness for emergencies/disasters by using "Health Belief Model (HBM)" as a theoretical framework. Institute of Public Health, Hacettepe University. Public Health Programme Doctoral Thesis, Ankara, 2015.

The aim of the study was to develop a scale based on the HBM which can provide a reliable and valid evaluation of individuals' emergency/disaster preparedness behaviours, attitudes and beliefs. It was also aimed to evaluate explanatory factors associated with disaster preparedness. A questionnaire consisted of 87 item scale was developed by the investigator based on previous studies with regards to HBM and emergency/disaster preparedness. It was subjected to review of experts. Following evaluations, the final questionnaire was reduced to a 60 item scale. The draft of scale with 60 items was further applied to 286 academic/administrative staff of Yalova University from April 2014 to July 2014. Data analysis was completed using SPSS 17.0 and LISREL 8.7 program. In consequence of total-item correlation, the number of items were decreased to 33. A principal component factor analysis was used to measure the construct validity of the scale. Six factor groups were obtained. The domains included; "Perceived Susceptibility," "Perceived Severity", "Perceived Benefits", "Perceived Barriers", "Cues to Action" and "Self Efficacy." The scale demonstrated a high level of internal consistency reliability with a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.90 (for all domains, they were >0.70). Test and retest reliability of scale was $r=0.72$ $p<0.001$. The scale total mean score was $109,12\pm16,00$. The mean scores for domains were as follow; Perceived Susceptibility (26.57 ± 4.04), Perceived Severity (11.53 ± 2.45), Perceived Benefits (11.93 ± 1.94), Perceived Barriers (18.58 ± 4.07), Cues to Action (15.80 ± 4.59) and Self Efficacy (24.69 ± 6.35). The results show that scale with 33 items was a reliable and valid scale to measure the behaviours, attitudes and beliefs of individuals with regards to disaster preparedness. The scale should be applied to different sociodemographic groups.

Key Words: Disaster, emergency, Health Belief Model (HBM), individual preparedness, scale.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Araştırmanın Amaçları	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Afetler ve Etkileri	4
2.2. Geçmişten Bugüne Afet Yönetim Süreci	9
2.3. Afet Risk Yönetimi Süreci	14
2.4. İncinebilirlik ve Afetlere Hazırlık	17
2.5. Afetlere Hazırlıklı Toplum	21
2.6. Sağlığı Geliştirme ve Acil durumlara/Afetlere Hazırlık	33
2.7. Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörler	37
2.8. Sağlık Davranış Modelleri	40
2. 9. Sağlık İnanç Modeli	40
2.10. Sağlık İnanç Modeli ve Acil Durumlar/Afetler ile İlgili Çalışmalar	45
3. GEREÇ-YÖNTEM	50
3.1. Araştırmanın Yeri	50
3.2. Araştırmanın Tipi	50
3.3. Araştırmanın Evreni	50
3.4. Araştırmanın Örneklemi	50
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	51
3.6. Araştırmada Kullanılan Terimlerin ve Kriterlerin Tanımları	51

	Sayfa
3.7. Araştırmada Kullanılan Gereçler	55
3.8. Kullanılan Gereçler	56
3.8.1. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçeği Taslağında Yer Alan Maddelerin Seçimi	56
3.8.2. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçeği Taslağının Psikometrik Uygunluğu	67
3.9. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	69
3.10. Verilerin Analizi	70
3.11. Araştırmanın Etik Konuları	73
3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	74
4. BULGULAR	75
4.1. Ölçek Geliştirme Çalışmasına İlişkin Bulgular	75
4.2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Kişisel ve Acil Durumlara/Afetlere Hazırlık Durum Değişkenlerine İlişkin Bulgular	90
5. TARTIŞMA	114
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	126
KAYNAKLAR	129
EKLER	
EK I Sosyodemografik Özellikler Anket Formu	
EK II Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlık Ölçek Taslağı Formu	
EK III Uzmanlar Listesi	
EK IV İzinler	
EK V Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlık Ölçek Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR

BM	Birleşmiş Milletler
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HBM	Health Belief Model
IES	Impact of Event Scale
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranı
KMO	Kaiser Meyer Olkin
MD	Majör Depresyon
MLEPS	Mulilis-Lippa Earthquake Preparedness Scale
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WCI	Ways of Coping Inventory

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2. 1. Hidrolojik, Jeofiziksel, Meteorolojik ve Klimatolojik Afetlerin Küresel Düzeydeki Sayısı ve Etkiledikleri İnsan Sayısı, 1990-2012	7
Şekil 2.2. Afet Yönetiminin Gelişim Süreci	10
Şekil 2.3. Geçmişten Günümüze Afet Yönetimindeki Değişim Özellikleri	12
Şekil 2.4. Afet Yönetim Sistemi ve Evreleri	15
Şekil 2.5. Tehlike, İncinebilirlik ve Afet Arasındaki İlişki	18
Şekil 2.6. Tehlikelere Karşı İyileşme Yeteneğini (Resilience) Açıklayan Bir Model	20
Şekil 2.7. Raflı Mobilyalarda Alt Raflara Ağır, Üst Raflara Daha Hafif Eşyalar Konulması Durumu	29
Şekil 2.8. Hazırlık Yapılmadığında (Sol Fotoğraf), Hazırlık Yapıldığında (Sağ Fotoğraf) Oluşacak Durum	30
Şekil 2.9. Acil durumlara/Afetlere Hazırlık Olma Durumunun Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri ile Açıklanması	44
Şekil 4.1. Ölçeğin Faktör Özdeğerleri	85
Şekil 4.2. Taslak Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçlarının Dağılımı	86

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Sağlık İnanç Modeli ve Acil Durumlar/Afetler ile İlgili Çalışmalar	46
Tablo 3.1. Davis Tekniği ile Kapsam Geçerlik Çalışması	59
Tablo 3.2. Ölçeğin Geçerlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler	68
Tablo 3.3. Ölçeğin Güvenirlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler	69
Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistik Yöntemler	72
Tablo 3.5. Araştırmanın Çalışma Çizelgesi	74
Tablo 4.1. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Taslak Ölçeğinin Test-Tekrar Test Sonucundaki Puan Ortalamaları ve Korelasyon Katsayısı	77
Tablo 4.2. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Taslak Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Korelasyonları	78
Tablo 4.3. Taslak Ölçeğin 33 Maddelik Faktör Yüğü Dağılımı	83
Tablo 4.4. Ölçek ve Alt Boyutları Madde Sayıları	87
Tablo 4.5. Ölçek ve Alt Boyutların Tanımlayıcı Özellikleri	88
Tablo 4.6. Taslak Ölçeğin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri	89
Tablo 4.7. Araştırmaya Katılan Kişilerin Kişisel Durum Değişkenlerinin Dağılımı	91
Tablo 4.8. Araştırmaya Katılan Kişilerin Acil Durumlara/Afetlere Hazırlık Durum Değişkenlerinin Dağılımı	93
Tablo 4.9. Cinsiyet ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	94
Tablo 4.10. Yaş Grupları ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	95
Tablo 4.11. Öğrenim Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	97
Tablo 4.12. Görev Unvanı ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	98
Tablo 4.13. Medeni Durum ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	100
Tablo 4.14. Çocuk Sahibi Olma ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	101

Sayfa

Tablo 4.15. Çocuk Sayısı ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	102
Tablo 4.16. Gelir Durumları ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	103
Tablo 4.17. Yaşadığı Yer ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	106
Tablo 4.18. Acil Durumlarla/Afetlerle İlgili Eğitim Alma Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	107
Tablo 4.19. Daha Önce Afet Yaşama Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	108
Tablo 4.20. 17 Ağustos Marmara Depremi Yaşama Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	109
Tablo 4.21. Acil Durumlara/Afetlere Yeterince Hazırlıklı Olma Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	110
Tablo 4.22. Acil Durum/Afet Çantası Sahibi Olma Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	111
Tablo 4.23. Ölçek Toplam Puanı ve Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkinin Çoklu Lineer Regresyon ile Değerlendirilmesi	112

1. GİRİŞ

1. 1. Giriş

Afetler, sağlığın birden çok belirleyicisini etkilemektedir ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Riskin kişisel algısı, sağlığı geliştirme literatürüne dayalı sağlık davranışı değişikliğinin en güçlü belirleyicisi olarak bilinmektedir. Sağlık davranışı, davranış olumlu olduğunda sağlığın gelişmesine, olumsuz olduğunda ise hastalığa veya ölüme neden olan etkenlerden biri olabilmektedir (1). Acil durumlar/Afetler kapsamında sağlık davranışı da, bireyin hazırlıklı bulunması durumunda daha az zarar göreceği, bireyin hazırlıksız bulunması durumunda ise daha fazla zarar görebileceği hatta hayatını kaybedeceği şeklinde ifade edilebilir. Afetlere hazırlık, afetlerin meydana getirecekleri olumsuz etkilerin çoğunu azaltabilir (2). Bu hazırlık tüm organizasyonlar, kuruluşlar, aileler ve aile üyeleri için gereklidir (3). Özellikle bireylerin, ailelerin ve aile üyelerinin afetlerden sonra sağlanacak yardımların ulaşamaması durumunda 72 saate kadar kendilerine yeterli olabilmeleri istenir (4). Kendi sağlığını ve güvenliğini sağlamak açısından afetlere bireysel düzeyde hazırlık gereklidir (5). Afetlere bireysel hazırlık düzeyini, toplumsal düzeyde yüksek seviyelere ulaştırabilmeyi başarabilmek için kişisel hazırlığı teşvik edici, kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörlerin anlaşılması gereklidir.

Türkiye’de acil durumlara/afetlere bireysel hazırlık konusunda özenli davranılmamaktadır. Acil durumların/Afetlerin etkilerinden en az düzeyde zarar görmek için acil durumlara/afetlere bireysel düzeyde hazırlıklı olmak olumlu bir sağlık davranışıdır. Türkiye genelini yansıtan acil durumlara/afetlere bireysel hazırlık yapma durumu ile ilgili çalışma yoktur, ancak kurumsal (çoğunluğu hastane temelli) ve belirli gruplarda yapılan bireysel çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda da belirtilen sıklıklar çok düşük görülmektedir. 18-23 yaş arası 291 öğrencinin katıldığı araştırmada %85,9’unun kişisel/aile afet hazırlık planı bulunmadığı, %88,7’sinin acil durum çantası bulunmadığı ifade edilmiştir (6). Antakya şehri afet kültürünün değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada ise 1000 kişinin katılımı ile uygulanan ankette “Antakya’da oluşabilecek herhangi bir doğal afete karşı hazırlıklı mısınız?” sorusuna %74,8’i (748 kişi) hayır, %23,8’i (238 kişi) evet yanıtını vermiş ve %1,4’ü (14 kişi) yanıt vermemiştir (7). Antalya’da 198 kişi üzerinden yürütülen

bir araştırmada ise evinde bir deprem çantası bulundurduğunu ifade eden yalnızca 1 kişi (%0,5) bulunmaktadır (8). İstanbul'un tüm semtlerinden katılımcıların olduğu çalışmada 218 yetişkinin (20-67 yaş arasında 120 kadın ve 98 erkek) "sizce bir deprem için yeterli hazırlıklara sahip misiniz" sorusuna katılımcıların yalnızca %19,3'ü evet derken, %58,7'si hayır yanıtını vermişlerdir (9). Kurumsal düzeyde ise; İzmir'de gerçekleştirilen çalışma, hastanelerin %78,0'ının afet anında hükümet ve diğer sağlık kurumlarıyla iletişim planı olmadığını ortaya koymuştur (10). İstanbul'da yapılan çalışmada ise ortaöğretim kurumlarının %55,0'ının afete hazırlıklı olmadığı, var olan afet planlarının da çalışanların %45,0'ı tarafından okunmadığı saptanmıştır (11). Bu sonuçlar, acil durumlara/afetlere hazırlık konusunda kurumsal ve bireysel düzeyde yeterli olunmadığını göstermektedir.

Türkiye'de acil durumlara/afetlere hazırlık konusunda kurumsal ve bireysel düzeyde yeterli olunmadığı varsayımından yola çıkarak bireylerin acil durumlara/afetlere bireysel hazırlık yapma davranışlarının, bilgilerinin ve tutumlarının bilinmesinin gerçekleştirilecek müdahale çalışmalarına ışık tutması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu davranış, tutum ve bilgiler öğrenilirken, yapılacak çalışmalarda ortak bir aracın kullanımı ve tartışma olanağı bulabilmek için bir ölçeğe gereksinim olduğu düşünülerek böyle bir çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amaçları

Araştırmanın yakın dönem amaçları;

Bu araştırma; acil durumlarda/afetlerde bireysel hazırlık konusu ele alınarak, Yalova Üniversitesi'nin akademik ve idari personelinin acil durumlara/afetlere bireysel hazırlık davranışlarına ilişkin ve bunları etkileyen faktörlerin ortaya konmasını sağlayan Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı geçerli ve güvenilir bir ölçeğin geliştirilmesini amaçlamaktadır.

Araştırmanın bir diğer amacı, Sağlık İnanç Modeli ile bireylerin acil durumlara/afetlere hazırlıklı olma davranışlarına engel olan durumlar, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, öz yeterlilik ve eyleme geçirici

faktörleri tanımlamak ve bu faktörlerin Yalova Üniversitesi akademik ve idari personelinin kişisel ve hazırlık durum değişkenleri ile olan ilişkisini belirlemektir.

Araştırmanın uzak dönem amaçları ise;

Bu araştırma, ulusal ve uluslararası literatürde daha önce çalışılmamış olan acil durumlara/afetlere bireysel hazırlığın değerlendirilmesi konusunda Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı geçerli ve güvenilir bir ölçek literatüre kazandırarak, ileride bu konuda yapılacak çalışmalar için kaynak oluşturmayı amaçlamaktadır.

Araştırma, Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı alt faktörlerin tanımlanması ile bireylerin acil durumlara/afetlere hazırlıklı olabilmelerini sağlayacak motivasyonlarının yükseltilebilmesi ve engellerin de ortadan kaldırılabilmesi için yol gösterici olmayı ve bireylerin incinebilirliklerinin azaltılması konusunda oluşturulacak programlara/projelere ve politikalara rehberlik etmeyi amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Afetler ve Etkileri

Acil durum, acil durum ekipleri tarafından küçük bir tehlikeye yanıt verildiğinde ekiplerin kapasitesinin aşılmaması durumunda can, mal ve çevre üzerinde meydana gelen kötü etkilerdir (12). Afet ise, etkilenen toplumun yalnızca kendi kaynaklarını kullanarak başa çıkma yetisini aşan, yaygın insani, maddi ya da çevresel kayıplara sebebiyet vererek toplumun işlevini ciddi şekilde aksatan olay anlamına gelir (13). Her afet, bir acil durum olarak başlar. İyi yönetilir, kaynaklar yeterli olursa durum acil düzeyinde kalır. İyi yönetilmez, kaynaklar yetersiz kalırsa olay afete döner.

Kaynaklarına göre afetleri doğal, insani veya teknolojik afetler olarak ayırmak mümkündür. Doğal afetlere; fırtına, kasırga, sel, yanardağ patlaması, toprak kayması, depremler vb. örnekler verilebilir. Doğal afetler ani gelişen ve yavaş gelişen tehlikeler olmak üzere iki kategoriye ayrılabilirler. Depremler, seller, şiddetli rüzgârlar, tsunamiler, toprak kaymaları ve volkanik hareketler ani gelişen; erozyon ve kuraklık ise yavaş gelişen tehlike olarak değerlendirilebilir (14). İnsan kaynaklı veya teknolojik afetler daha değişken ve karmaşıktır. Bu tür olaylar; barajların yıkılması veya belirli yerlerden çatlaması, kazara veya kundaklama ile olabilecek yangınlar, iç karışıklıklar (ayaklanmalar, isyan sonucu çarpışmalar), tehlikeli maddelerle ilgili kazalar (ulaşım bağlantılı olanlar), tehlikeli materyal riski (kimyevi madde dökülmesi ve saçılması, kirlilik), aşırı yokluk (enerji veya malzeme yokluğu) ve terörizm (uluslararası, kimyasal, nükleer, biyolojik) olmak üzere yedi alt bölümde toplanabilir (15).

İster doğa kaynaklı isterse insani veya teknolojik kaynaklı afet türleri olsun, afetler zamansız ölüm, sağlık düzeyinde gerileme ve yaşam kalitesinin düşme sebepleridir. Afetler insanlık tarihi boyunca çok sayıda kişinin ölmesine, yaralanmasına, evsiz kalmasına yol açmıştır. 2013 Afet Raporu ‘‘Dünya ve Türkiye’’ verilerine göre; 2012 yılında dünyada toplam 357 doğal afet meydana gelmiştir. Bu 357 afette 124,5 milyon insan ölmüş ve etkilenmiştir. Aynı raporda bu dönem için belirtilen can kaybı ortalaması 9,655, ekonomik kayıplar tahminen 157 milyar

dolardır. Raporda, 2013 yılının ilk 6 aylık döneminde ise 127 afet meydana geldiği, 8,250 kişinin hayatını kaybettiği, 16,416,723 kişinin mağdur olduğu ve ortaya çıkan zararların bedelinin ise 45 milyar doları geçtiği ifade edilmektedir (16). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da belirtildiği üzere, her yıl 100.000'den fazla insan doğal afetler sonucu yaşamını kaybetmekte, milyonlarca insan da yaralanmakta ve sakat kalmaktadır (17). Afetler yaşamın her yönünü etkileyerek, insan toplulukları, yerleşim yerleri üzerinde can ve ekonomik kayıplar oluşturur.

Afetlerin insan toplulukları ve ekonomi üzerindeki etkilerini aşağıdaki gibi gruplamak mümkündür (18).

A. Doğrudan Etkiler

- Can kayıpları,
- Yaralanmalar,
- Alt yapı hasarları,
- Eşya ve malzeme kayıpları,
- Hayvan ve tarım ürünleri kayıpları,
- Kültür mirası ve müzelerdeki kayıplar,
- Kurtarma, ilk yardım ve geçici barınma çalışmaları giderleri,
- Tedavi, beslenme ve yedirme, giydirme giderleri,
- Alt yapı, haberleşme ve ulaştırma tesislerindeki hasarları onarım giderleri,
- Yapılardaki çeşitli hasarları onarım giderleri,
- Sosyal/Psikolojik etkilenmeler,

B. Dolaylı Etkiler

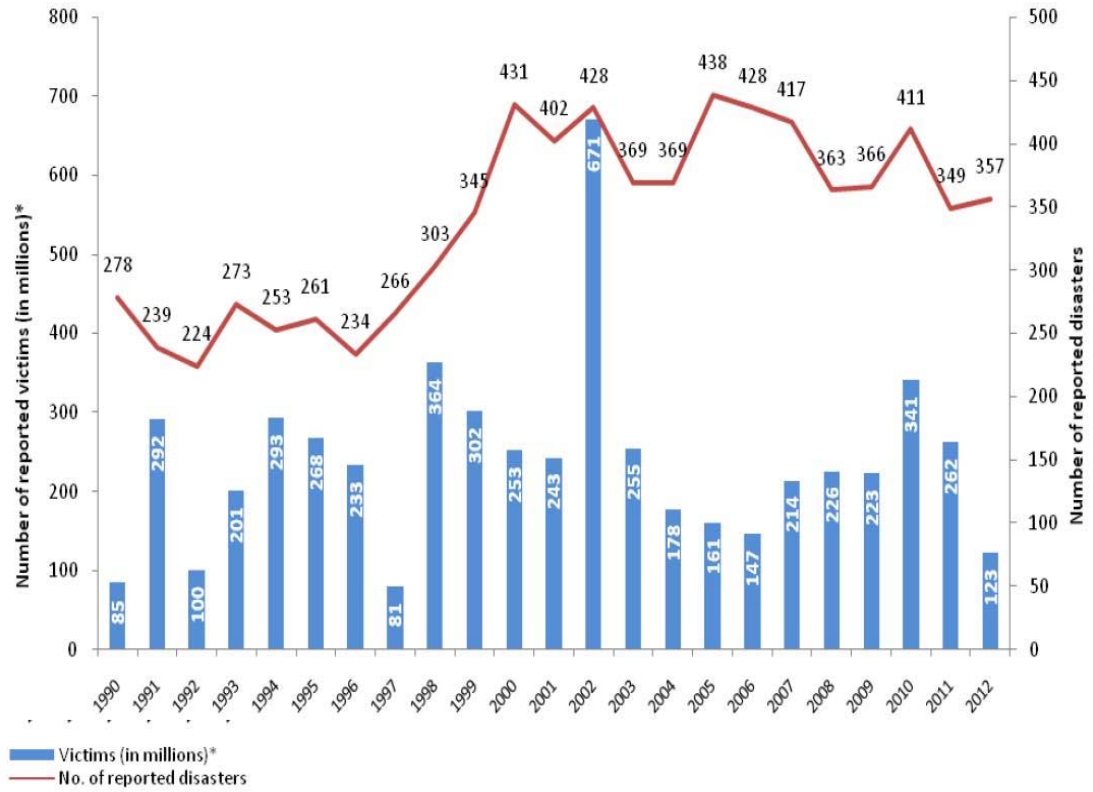
- İşyeri ve üretim tesislerinin geçici veya sürekli kapanması nedeniyle uğranılan üretim kayıpları,
- Sağlık, eğitim ve diğer devlet hizmetlerinin kesilmesi veya aksaması nedeniyle uğranılan hizmet kayıpları,
- Üretim, turizm, ticaret ve hizmet sektörlerindeki kısa veya uzun süreli işletme kayıpları nedeniyle uğranılan gelir kayıpları,
- Üretim veya hizmet yetersizliği nedeniyle ortaya çıkan fiyat artışları,

- Tüm kaynakların, kurtarma, ilk yardım ve geçici barındırma çalışmalarına yoğunlaştırılması nedeniyle, diğer alanlarda görülen yatırım ve hizmet azalması ve bunların alternatif maliyetleri,
- Eğitimin ve genel kalkınma programlarının aksamasının doğuracağı ilave maliyetler,
- İşçilik, göç, yaralı insanlar ve kimsesiz kalanların yol açtığı diğer sosyal maliyetler,

C. İkincil Etkiler

- Üretim veya arz kaybının yol açtığı pazar kaybı,
- Tüm kaynakların afetten etkilenen bölgelere yoğunlaştırılmasının neden olabileceği aşırı talep ve fiyat artışları,
- Yıllık bütçe giderlerinin aşırı artması, parasal kaynakların azalması ve ödemeler dengesinin bozulması.

Şekil 2.1’de 1990-2012 arası küresel düzeyde yaşanan hidrolojik, jeofiziksel, meteorolojik ve klimatolojik afetlerin sayısı ve etkiledikleri insan sayısı gösterilmektedir (19). Bu periyotta doğal afetlerin sayısı artmıştır. Şekil 2.1’de görüldüğü üzere, 2012 yılında 357 doğal afet yaşanmış ve 123 milyon insan etkilenmiştir.



Şekil 2.1. Hidrolojik, Jeofiziksel, Meteorolojik ve Klimatolojik Afetlerin Küresel Düzeydeki Sayısı ve Etkiledikleri İnsan Sayısı, 1990-2012 (19).

Türkiye’de deprem, toprak kayması ve seller başta olmak üzere çok sayıda afetlerle karşılaşmaktadır (20). 1999 Marmara Depremlerinin Türkiye için yıkıcı sonuçları olmuştur ve bu depremler Marmara bölgesinde 20 milyondan daha fazla insanı etkilemiştir (21). Bu depremlerde, mal kaybının toplam bilançosu 15 milyar dolar olarak belirtilmiştir. Bu değer direkt ekonomik kayıpları temsil ederken; iş gücü, ticaret hacmi, insan gücü, sanayi gücü ve alt yapı hizmetleri gibi indirekt ekonomik kayıpların toplamı da yaklaşık 50 milyar doların üzerinde olmuştur (22).

Afetler çok sayıda insanın ölmesine, yaralanmasına, binlerce insanın yer değiştirmesine, özel mülkiyet ve toplumsal yapının, bölgesel ulaşım ve iletişim altyapısının kullanılmaz hale gelmesine, tarımsal ve sanayi üretim yapısının zarar görmesine yol açarak ekonomik gelişme sürecine zarar verirler (23). Afetler Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi’nin (The Centre for Research on the

Epidemiology of Disasters) istatistikleri, afetlerin ekonomik kalkınma planları üzerinde ciddi hasarlar meydana getirdiğini ortaya koymakta ve bu hasarların yalnızca gelişmekte olan ülke ekonomileri için değil gelişmiş ülke ekonomileri üzerinde de etkili olduklarını ifade etmektedir (24). Tüm afetler arasında, can kayıpları ve fiziksel hasar bakımından en büyük payı depremler oluşturmaktadır. Mexico City’de 1985 yılında meydana gelen depremin maliyetinin, ülke ekonomisinin %3,0’ını oluşturduğu ifade edilmektedir (4,3 milyar dolar) (25). Bu nedenle, afetlerin azaltılmasına yönelik sıkı önlemler alınmaması halinde, doğal afetler nedeniyle her yıl 100,000 yaşamın yitirildiğinin tahmin edilmesinin yanı sıra, 2050 yılı itibarıyla doğal afetlerin yıllık küresel maliyetinin 300 milyar doları geçeceği beklenmektedir (26). Özellikle küresel ısınmanın ekonomi üzerindeki etkilerine yönelik yapılan hesaplamalara göre, sadece 1 derecelik bir küresel ısınmanın tahmini olarak ekonomik etkilerinin 2050 yılında yıllık 2 trilyon dolara ulaşabileceği belirtilmektedir (27). Bir afet sonrası ortaya çıkan ticari işlerdeki düzensizlik sonucu oluşan ‘pazar payı’ndaki dolaylı ekonomik zararlar da çoğunlukla fark edilememektedir. Örneğin, ülkenin birincil limanlarını, teçhizatını ve liman tesislerini yerle bir etmiş olan Japonya’nın Kobe kentinde 1995 yılında meydana gelen Hanshin-Awaji depreminden yaklaşık 7 yıl sonra bile, bu tesisler tekrar inşa ve modernize edilmiş olmasına karşın, halen Kobe’deki gemi ticareti ve sevkiyatçılık, deprem öncesi gelirlere kıyasla %15,0 düşük seyretmektedir (26).

Afetlerin birincil zararları can ve mal kayıpları olmakla birlikte ilerleyen aşamada ortaya çıkacak ruhsal hasarlar da son derece önemlidir. Kreps ve Drabek, afetlerin özellikle sosyal etkileri üzerinde çalışmış ve afetlerin olası etkilerinin artmasına neden olan koşulların ve davranışların tanımlanması gereğini ifade etmişlerdir (28). Afetlerin getirdiği sonuçlar kişilerin ruhsal olarak uzun süreli hasar görmelerine neden olabilir. Aile üyelerinin, yakınlarının, arkadaşlarının kaybı, hasarlı binaların uzun süre ortada kalması, işsizlik, ekonomik güçlükler, toplumsal bağların dağılması, yoksulluk ve yönetsel aksaklıklar gibi birçok sebep, bireylerin psikopatoloji gelişimini ve sürecini kolaylaştırır (29). Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Majör Depresyon (MD) afetler sonrası en sık karşılaşılan sorunlardır (30). Bu sorunlar en çok depremler sonrası ortaya çıkmakta ve TSSB’nun prevalansının çeşitli kültür ve farklı sosyodemografik değişkenlerine sahip olan

gruplarda %3,0-87,0 arasında olduğu ifade edilmektedir (31). Örneğin, 1988 yılında meydana gelen Ermenistan Depremi sonrası, tedavi için başvuran kişilerde ilk 6 ayda TSSB yaygınlığı %74,0, MD yaygınlığı ise %24,0 olarak ifade edilmektedir (30). 1999 Marmara depremi sonrası İstanbul Avcılar’da gerçekleştirilen geniş çaplı tarama ve tedavi çalışmalarında; bölgede ilk üç ay TSSB yaygınlığı %38,8, 6 ve 8. aylar arası %23,4, 18 ve 20. aylar arası %8,1 ve 29 ve 30. aylar arasında ise %7,8 bulunmuştur (32). Afetlerin meydana getirdiği bu etkiler küresel düzeyde artış göstermektedir (19). Afetler, doğurdukları bu sonuçlar nedeniyle çok önemlidir ve etkin bir yönetim anlayışı ile ele alınmalıdır.

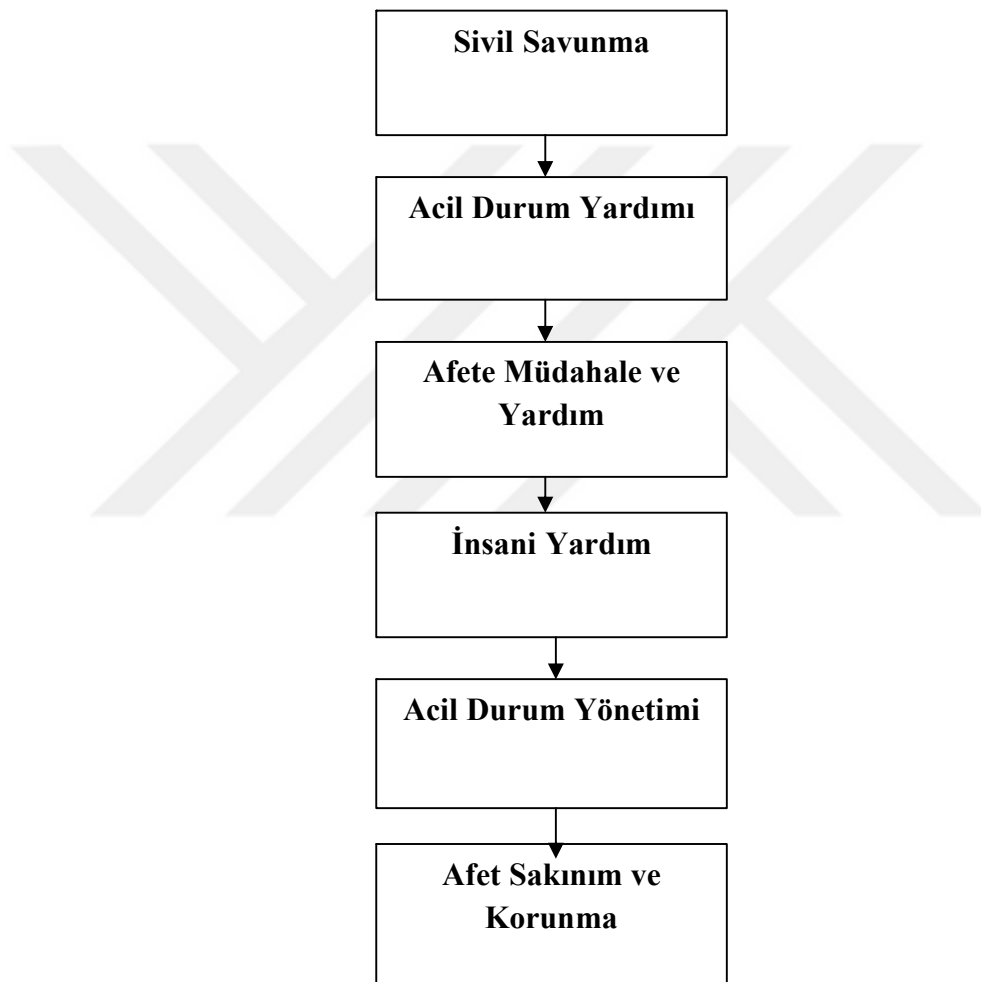
2.2. Geçmişten Bugüne Afet Yönetim Süreci

Afet yönetimi anlayışında, askeri yönetim ve kontrol yaklaşımından toplumun güçlendirilmesi ve motive edilmesini içeren anlayışa yönelik bir paradigma değişikliği bulunmaktadır (33). İlk kez soğuk savaş zamanında ihtiyaç duyulan ve ortaya çıkan afet yönetimi alanı nükleer savaş tehditlerinin planlanması ve bombalamalardan korunmak suretiyle sığınak yapılarının oluşturulması amacını taşımaktaydı (34). Bu dönemde esas amaç, sivil halkın korunması veya savunulması idi. Sivil savunma yaklaşımı, afetler sonrası oluşacak kaos ve kargaşa ortamında gerçekleştirilecek kontrol ve yönetim anlayışı içerir (35). Sivil korunma anlayışının da aslında sivil savunma kavramından ortaya çıktığı ve esas amacının da sivil halkın karşılaştığı tehditlerden kurtulması süresince düzenli olarak yönetilmesi olduğu ifade edilir (36).

Nükleer savaş tehditleri sona erdikten sonra doğal afetler ile mücadele süreci başlamış ve bu sürece karşı ilgi artmıştır. Bu süreç ile birlikte değişim gösteren afet yönetimi alanı 1960’lardan 1990’lara kadar “doğal afetler”e ve “müdahale aşaması”na yönelik çalışmaları içermektedir (37). Devlet tabanlı yönetim anlayışı, afetleri jeolojik ve mühendislik bilgisine dayalı politika anlayışı ile ele almaktaydı. “Geleneksel afet yönetimi” olarak adlandırılacak bu süreçte Sivil Savunma ve Korunma birimleri önemli görevler üstlenmiştir (38). Bu birimlerin görev tanımlamaları, afetler sonrası dönemdeki müdahale ve iyileştirme faaliyetlerini içermektedir. Soğuk savaş sürecinde ve soğuk savaş döneminin sona erdiği 1980’li

yıllardan sonraki dönemde “savaş için sivil savunma” modeli “afet için sivil savunma” modeline dönüşmüştür (38).

Özmen ve Özden tarafından, geçtiğimiz 50 yıllık süreç içerisinde ki afet yönetiminin gelişim süreci; sivil savunma, acil durum yardımı, afete müdahale ve yardım, insani yardım, acil durum yönetimi, afet sakınım ve korunma gibi isimler altında sıralanmaktadır (Şekil 2.2).

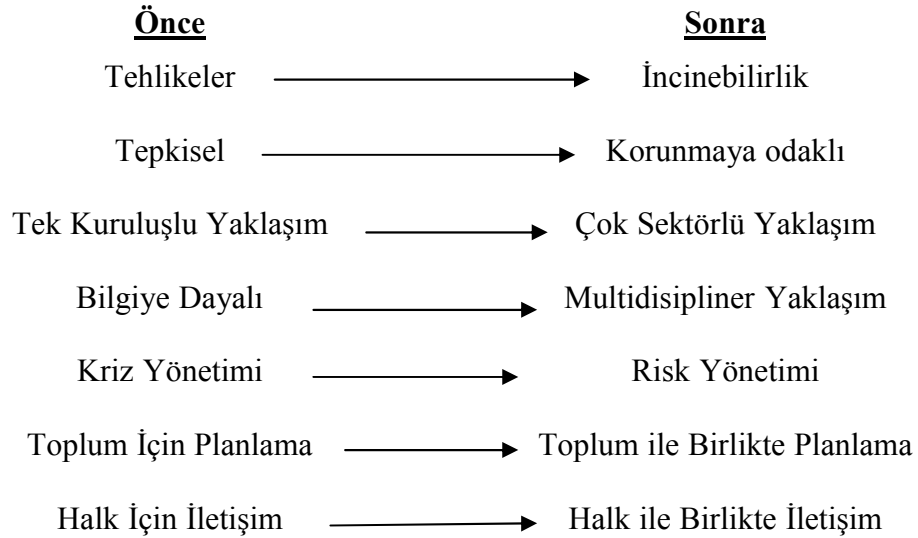


Şekil 2.2. Afet Yönetiminin Gelişim Süreci (38).

Zamanla değişen tehlikeler yalnızca doğal afetlerin değil, insan ve teknolojik kaynaklı afetlerin de yönetilmesi gereğini ortaya koymuştur. Geleneksel afet yönetimi sürecinde gerçekleştirilen afetler sonrası çalışmaların da afetlerin olumsuz

etkilerini azaltmada etkili olmadıkları görülmüştür (38). Önceleri askeri yönetim daha sonra doğal afetlere müdahale süreci ile değişim gösteren afet yönetimi anlayışı günümüzde kendini modern, bütünleşik, kapsamlı ve risk yönetimi anlayışıyla tamamlamıştır. Bu dönüşüme birçok uluslararası çalışma katkı sunmuştur. Bu çalışmalar arasında; Birleşmiş Milletler (BM)'in 1990-2000 yıllarını *“Doğal Afet Etkilerini Azaltma Onyılı”* olarak ilan etmesi, afetlerle mücadelede 1994 yılında düzenlenen Uluslararası Yokohama Konferansı'nda risk anlayışını içeren yeni strateji ve prensiplerin belirlenmesi, Yokohama Konferansı'nda alınan kararları uygulamak, uygulamaya teşvik etmek ve gözlemlemek amacıyla *BM bünyesinde Afet Azaltımı için Uluslararası Strateji Birimi*'nin oluşturulması, bu birimin ve sekreteryasının BM Genel Oturumu'nda *BM Afet Azaltımı için Uluslararası Strateji Birimi* adı altında oluşturulması için karar alınması, 2004 yılında BM Kalkınma Programı tarafından *Afet Riskini Azaltma - Kalkınma için Bir Zorluk* isimli raporunu yayınlaması, Japonya'nın Kobe kentinde 2005 tarihinin ocak ayında gerçekleşen Uluslararası Kobe Konferansı'nda BM Afet Azaltımı için Uluslararası Strateji Birimi Sekreteryası tarafından hazırlanan değerlendirme raporunun sunulması ve bu raporun *Hyogo Çerçeve Eylem Planı*'nın temelini oluşturması, 2005-2015 yıllarının yeniden *Doğal Afet Risk Azaltımı Onyılı* olarak ilan edilmesi, Hyogo Çerçeve Eylem Planı'nın 2007 yılında BM Genel Kurulu'nda uygulanmasının sağlanması için *Afet Risk Azaltımı* konusunda *Küresel Platform Bienali* gerçekleştirilmesi, 2010 yılında Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü tarafından *Doğal Tehlike Farkındalığı ve Afet Risk Azaltımı Eğitimi Üzerine Politika El Kitabı* hazırlanması yer almaktadır (38-41).

Günümüz afet yönetimi anlayışı, müdahale ve iyileştirme çalışmalarından çok planlama, sürdürülebilir zarar azaltma ve halkın katılımına yönelik çalışmaları içermektedir. Bu çalışmalar, afetlerin etkisini belirlemede bireylerin incinebilirliklerinin önemli bir faktör olduğunu, afetlerle mücadele başarısının risk yönetimi ile sağlanacağını ortaya koymuştur. Afet yönetimi sürecinde ki ve afet yönetimi planlamasında ki değişimin birçok ilginç yönü vardır. Bu değişim özeti Şekil 2.3' de yer almaktadır (37).



Şekil 2.3. Geçmişten Günümüze Afet Yönetimindeki Değişim Özellikleri (37).

Türkiye’de 1959 yılında kabul edilmiş 7269 sayılı “Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun”, “deprem, yangın, su baskını, yer kayması, kaya düşmesi, çığ ve benzeri afetlerde; yapıları ve kamu tesisleri genel hayata etkili olacak derecede zarar gören veya görmesi muhtemel olan yerlerde alınacak tedbirlerle, yapılacak yardımlar hakkında bu kanun hükümleri uygulanır” ifadesiyle afetleri doğal durumlarla sınırlandırmıştır (42). 7269 sayılı bu kanun afet kavramını doğa kaynaklı olarak ele almış ve etki düzeyini ise "genel hayata etkililik" olarak belirtmiştir. Aynı zamanda kanun ağırlıklı olarak afet sonrası çalışmalara odaklanmakta ve bu özelliği ile “re-aktif (olay gerçekleşikten sonraki eylemleri)” bir nitelik göstermektedir.

Türkiye, 1959 yılından günümüze dek doğal olaylar dışında, teknolojik gelişmelerin hızı ile birlikte insan kaynaklı büyük afet tehlikeleriyle de karşı karşıya kalmıştır. Bu afet türlerinin Türkiye için verilebilecek en bilinen örneği Çernobil faciasıdır (14). Bu tür insan kaynaklı afet türlerinin tehdidi ve re-aktif yaklaşım, kanunda belirtilen afetler ve afetlerle mücadele ile ilgili bakış açısının değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur. Özellikle 1999 yılında (17 Ağustos ve 12 Kasım) Doğu Marmara’da yaşanan yıkıcı depremlerin etkileri ile bu değişim sürecinin hızlanmış olduğu görülmektedir. Bu depremler, Türkiye’de afet konusunda yeniden yapılanmanın kaçınılmaz olduğunu gözler önüne sermiştir. Ülkenin edindiği bu afet

tecrübelerinin dışında, uluslararası afetler politikasında yaşanan dönüşüm de Türkiye'nin son yıllarda afet yönetim politika ve yaklaşımlarını gözden geçirmesine neden olmuştur (38-41). Afetlerden edinilen bu toplam deneyimler, kadercilikten önlemeye, müdahaleden hazırlıklı olmaya, afet olayından sonra kaynakları harekete geçirilmesinden afet öncesi risk azaltılmasına ve transferine geçilmesine ihtiyaç duyulduğunu işaret etmektedir (43).

Afet yönetim politika ve yaklaşımlarının düzenlenmesi gereği doğrultusunda, 29.05.2009 tarihinde 5902 sayılı “Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun” kabul edilmiştir. Kanun; afet ve acil durumlar ile sivil savunmaya ilişkin hizmetlerin ülke düzeyinde etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için gerekli önlemlerin alınmasını, olayların meydana gelmesinden önce hazırlık ve zarar azaltma çalışmalarını, olay sırasında yapılacak müdahale ve olay sonrasında gerçekleştirilecek iyileştirme çalışmalarını yürüten kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasını ve bu konularda politikaların üretilmesini ve uygulanması hususlarını kapsamaktadır (44). Bu kapsam dâhilinde bir sınır belirtilmemiştir. Halbuki 7269 sayılı kanunun 1'inci maddesinde; “deprem, yangın, su baskını, yer kayması, kaya düşmesi, çığ, tasman ve benzer afetlerde...” ifadeleri ve Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezleri Yönetmeliği'nin 6'ncı maddesinde, Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezinin görevleri belirtilirken; “...büyük ölçekli; deprem, sel, fırtına, toprak kayması, çığ, iltica ve nüfus hareketleri, yangınlar ve kazalar; kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer madde kazaları veya olayları, tehlikeli ve salgın hastalıklar gibi doğal, teknolojik ve insan kaynaklı afet ve acil durumlar ile Başbakan tarafından acil durum ve afet olarak değerlendirilen diğer olay ve durumlarda...” ifadeleri ile kapsam sınırlandırmaları belirtilmiştir (45). Aynı zamanda 5902 sayılı kanunun 2'nci maddesinin b bendinde afet; toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylar olarak tanımlanmıştır. Bu tanım 7269 sayılı kanunda belirtilen afet tanımından farklıdır. 5902 sayılı kanunda ki tanımda, sadece doğanın değil, aynı zamanda teknoloji ve insanın sebep olduğu olaylar da afet olarak belirtilmiştir. Kanunlarda belirtilen afet

tanımlarındaki değişiklik ile birlikte afet algılamasının ve tanımlamasının genişlediğini söylemek mümkündür.

Afet yönetimi anlayışı ülkeler arası farklılıklar göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında acil durum/afet yönetimine yaklaşımda belirgin bir fark vardır. Gelişmekte olan ülkeler, acil durumlara/afetlere müdahale için kaynakların varlığını, bu kaynakların gönderilmeye hazır durumda bulunmasını ve acil durum/afet meydana geldiği zaman hemen gönderilebilmesini ve etkili bir şekilde kullanılmasını sağlayarak müdahale konularına önem verir. Gelişmiş ülkeler ise afetleri etkilerini veya zararlarını azaltmaya yoğunlaşırlar (43).

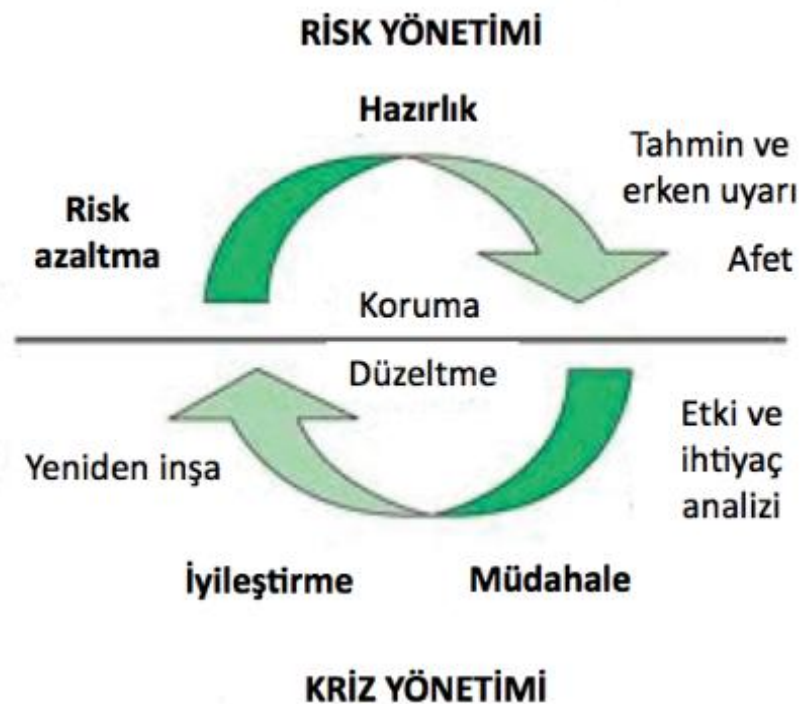
2.3. Afet Risk Yönetimi Süreci

Yaşamın her yönünü etkileyen afetlerin en iyi düzeyde yönetilmesi önemlidir. Afetlerin önlenmesi veya zararlarının azaltılması amacıyla, afetlere hazırlık ve afetlerin olası risk ve zararlarının azaltılması ile birlikte afetlerden sonra müdahale etme ve iyileştirme gibi çalışmaların tümünde yapılması gereken faaliyetlerin, toplumun tüm kesimlerini kapsayacak şekilde planlanması, yönlendirilmesi, desteklenmesi, koordine edilmesi, gerekli mevzuat ve kurumsal yapılanmaların oluşturulması veya yeniden düzenlenmesi, etkin ve verimli bir uygulamanın sağlanabilmesi için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla, kaynaklarının bu ortak amaçlar doğrultusunda yönetilmesine “Afet Yönetimi” denilmektedir (46). Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere afet yönetimi, çok yönlü, çok aktörlü, multi disiplin gerektiren, çok kapsamlı, dinamik ve karmaşık bir yönetim şeklidir. Ayrıca, afet yönetimi, çok katmanlı ve çok aşamalı bir süreçtir. Çok katmanlıdır; bireyden başlayıp, ulusal ve giderek uluslararası birçok kamu, özel kurum ve kuruluşları bu sürecin belirli noktalarında yer alırlar. Çok aşamalıdır; zarar azaltma, hazırlıklı olma, müdahale ve iyileştirme aşamalarını barındırmaktadır (47).

Modern afet yönetimi çalışmaları, bireylerin yaşadıkları çevrede meydana gelen olaylardan haberdar olmalarını, olayları nedenlerine kadar ayrıntıları ile tanımaları ve bu olayların tekrarlarının olması durumunda olaylardan hiç etkilenmeme veya en az düzeyde etkilenmelerine olanak tanıyan faaliyetlerden oluşur. Modern afet yönetimi; zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme olmak

üzere 4 temel evreden oluşmaktadır (Şekil 2.4). Deneyimler, dört evrenin (zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme) doğrusal değil döngüsel bir ilişki gösterdiğini saptamıştır. Çünkü gerek bireysel ve gerekse toplu tüm faaliyetler zarar azaltma evresine geri döner. Bu durum, yaşanan deneyimlerden, yapılan müdahale ve iyileştirme çalışmalarından ileride yaşanabilecek acil durum/afet zararını azaltmak ve engellemek konusunda bilgi edinebileceği anlamına gelir. Afet veya acil durum, söz konusu dairesel hareketi sağlamak için harekete geçirici bir kuvvet olarak görülmektedir (47).

Zararların azaltılması, hazırlık, tahmin ve erken uyarı, afetleri anlamak gibi afet öncesi korumaya yönelik çalışmalar “Risk Yönetimi”; etki analizi, müdahale, iyileştirme, yeniden yapılanma gibi afet sonrası çalışmalar ise “Kriz Yönetimi” olarak adlandırılmaktadır (46). Etkin bir afet yönetimi çalışması, afet öncesi, afet sırası ve afet sonrası ihtiyaç duyulan yukarıda bahsettiğimiz tüm çalışmalardan oluşmaktadır (48).



Şekil 2.4. Afet Yönetim Sistemi ve Evreleri (46).

Günümüz afet yönetimi anlayışı, kriz yönetimi içerisinde yer alan müdahale ve iyileştirme çalışmalarından çok risk yönetimi içerisinde yer alan zarar azaltma, hazırlık, planlama ve halkın katılımına yönelik çalışmaları içermektedir. Risk yönetimi üzerinde yoğunlaşmak, her zaman afet sonrasında yapılan acil yardım çalışmalarından çok daha yararlı olmaktadır (46).

Risk yönetimi, olabilecek afet durumlarının belirlenmesi, bu afetlerin oluşma olasılıklarının ve risk altındaki topluluk üzerindeki etkilerinin ne olabileceğinin saptanması, bu etkilerin azaltılmasına yönelik ölçütlerin belirlenmesi ve zarar azaltıcı politikaların uygulamaya konulması gibi hususları içermektedir (49). Risk yönetiminin asıl amacı, bir afet durumu yaşanmadan, belirlenen tehlike ve risklere yönelik önlem ve çalışmaların bir plan dâhilinde gerçekleştirilmesidir. Bu yönetim anlayışı; tehlike ve riskleri belirlemeyi, risk senaryoları hazırlamayı, korunma ve zarar azaltma önlemlerini, kullanılabilecek kaynak ve imkânları belirlemeyi, afet müdahalesi için en uygun seçenek ve öncelikler hakkında kararlar alıp uygulamayı sağlamaktadır (49). Risk yönetimi, zarar azaltma ve hazırlık safhasında yapılması gereken tüm faaliyetleri kapsamaktadır.

Risk yönetiminin ilk aşaması olan “Zarar Azaltma” aşaması; olası bir afet riskinin önlenmesi, bu mümkün değilse doğurabileceği zararların azaltılması için gereken tüm çalışmaların gerçekleştirildiği aşamadır (50). Zarar azaltma aşamasında yapılması gereken başlıca çalışmalar şunlardır; afetlerde uygulanacak mevzuatı gözden geçirmek, senaryo-strateji-plan-kaynak geliştirmek, mevcut afet senaryolarını sürekli olarak güncelleştirilmek, gerekli hallerde ilgili kurumlar tarafından yasal düzenlemeler yapmak, arazi seçimi, yapım yönetmelikleri, bilgi ağı altyapı sistemleri, tehlike bilgi sistemleri, mikrobölgeleme, zemin ve yapı araştırma çalışmaları yapmak (50-53).

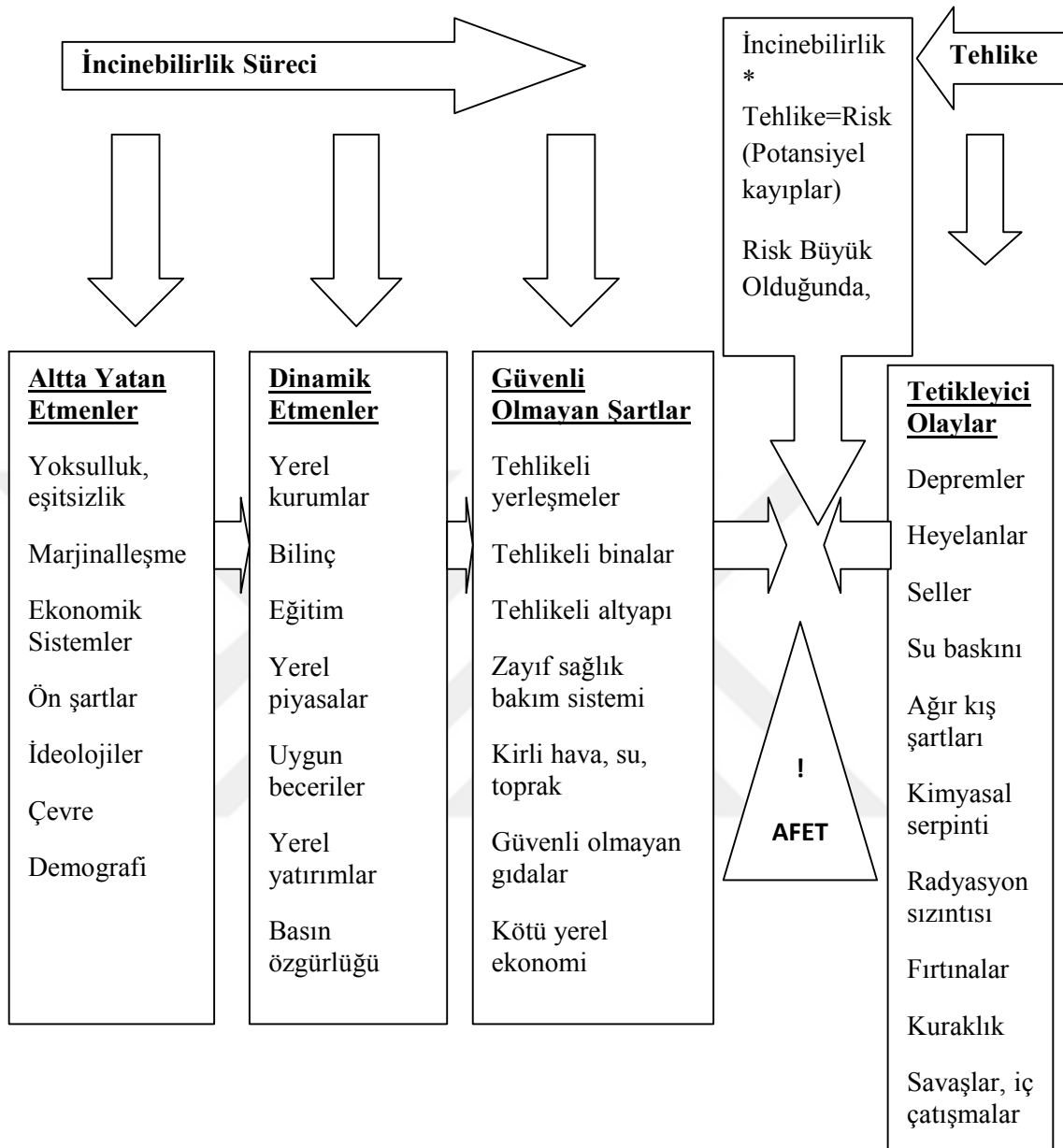
“Hazırlık” aşaması ise “zarar azaltma” aşamasında yapılan çalışmaların afetleri tamamen önleyemeyeceği, dolayısıyla olası bir afete karşı her zaman hazırlıklı olmak gerektiği anlayışını barındırır (50). Bu anlayış, zarar azaltma aşamasında afetlerin etkilerinin kaçınılmaz olduğu gerçeğinden hareketle, hazırlık aşamasında olayın sonuçları ile doğru zamanda, hızlı ve etkili bir şekilde mücadele etmeyi ve bu şekilde can ve mal kayıplarını azaltmak amacıyla yapılan faaliyetleri

içerir. Zarar azaltma ve hazırlık aşamasında yürütülen faaliyetlerin birbiri ile iç içe girdiği görülmektedir (54, 55). Hazırlık aşaması; afet meydana geldikten sonra uygulanacak kurtarma planlarının geliştirilmesi, halkın tehlikeler ve riskleri hakkında ve afet zararlarını azaltma konularında eğitilmesi, afet anında ve sonrasında ihtiyaç duyulacak kaynakların envanterinin çıkarılması, afet sonrası çalışmalarda görev alacak sorumlu kurum ve kuruluşlar arasında gerekli anlaşmaların yapılması ve yetki alanlarının belirlenmesi çalışmalarını içeren geniş kapsamlı bir aşamadır (56).

2.4. İncinebilirlik ve Afetlere Hazırlık

Bir bireyin ya da sosyal grubun herhangi bir tehlike için etkilerini tahmin etme, zararlarını azaltma, tehlikenin meydana gelmesi durumunda sonuçları ile başa çıkarak direnç gösterme ve yaşamı normal hale döndürme, iyileştirme konularındaki gerekli kapasite eksikliği incinebilirlik (vulnerability) olarak tanımlanmaktadır.

Bireylerin afetlere karşı incinebilirlik durumları önemlidir. Çünkü tehlike ve incinebilirlik bir araya gelindiğinde afet meydana gelir (57). Bir toplumdaki risk seviyesi, bir afetin oluşumunun olasılık ve şiddet seviyeleriyle incinebilirlik seviyesinin birleştirilmesiyle belirlenir. Riskin azaltılmasına yönelik yapılacak eylemler içinde hem incinebilirlik şartlarının hem de mümkün olduğu durumlarda afetin kaynağının (özellikle kuraklık, su baskını ve yer kayması afetlerinde) azaltılmasına yönelik yapılan etkinlikleri barındırır (26). Şekil 2.5’de tehlike, incinebilirlik ve afet arasındaki ilişki formülize edilmektedir.



Şekil 2.5. Tehlike, İncinebilirlik ve Afet Arasındaki İlişki (49).

İnsan toplulukları ve yerleşmelerini incinebilir hale getiren ana faktörler aşağıda özetlenmiştir (18).

- Yoksulluk ve az gelişmişlik,
- Hızlı nüfus artışı,

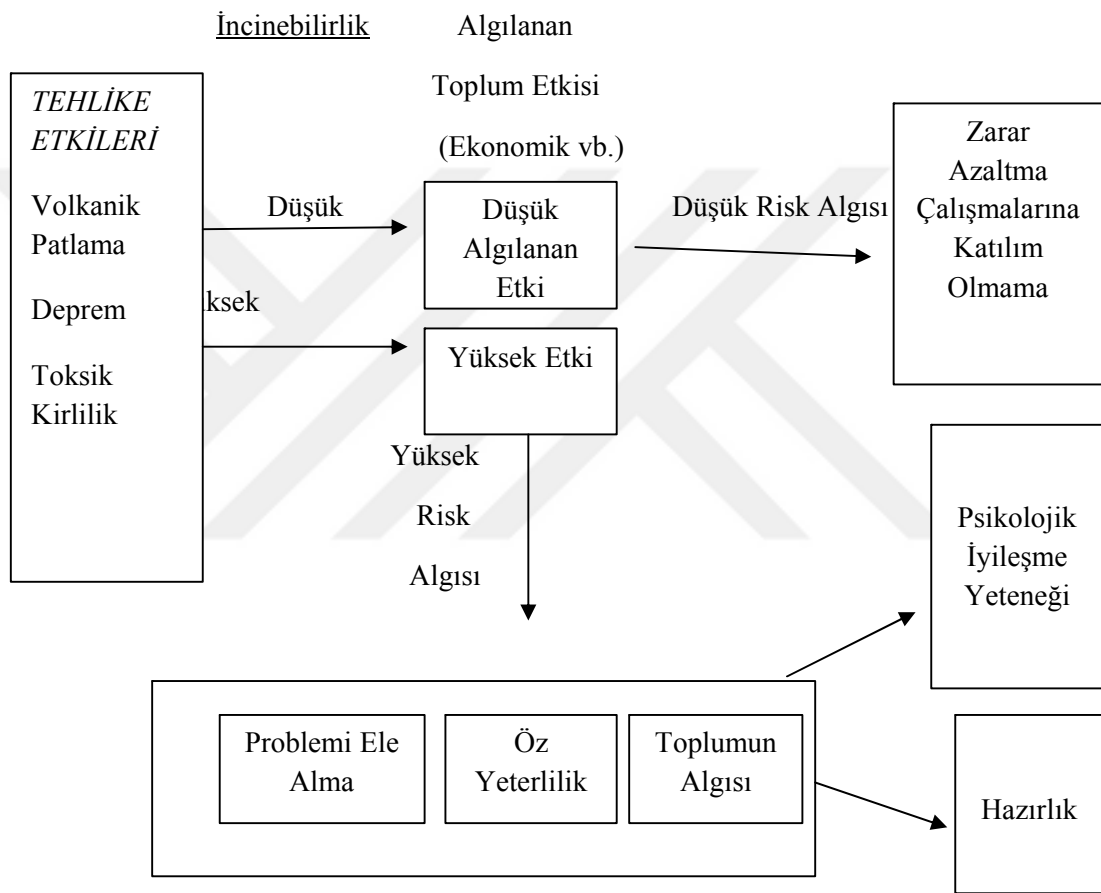
- Hızlı ve denetimsiz kentleşme ve sanayileşme,
- Ormanların ve çevrenin tahribi,
- Bilgisizlik, bilinçsizlik ve eğitim eksikliği,
- Yaşam tarzında meydana gelen büyük değişimler,
- Savaşlar ve sivil kargaşalar.

Afetlere karşı incinebilirliği, büyük bir ölçüde, *insan eylemi (veya eylemsizliği)* ve davranışı belirler. Aynı zamanda afetlere karşı incinebilirlik, bir sosyo-ekonomik sistemin veya fiziksel varlıkların tehlikelere karşı dayanıklı olup olmadığının derecesini gösterir. Bu incinebilirlik, değişik etkenlerin kombinasyonundan belirlenir; afet bilinci, insan yerleşimlerinin yaşam şartları ve altyapı, kamu politikalarının varlığı ve uygulamaları, belirli bir toplumun kullanımında olan kaynaklar, afet ve risk yönetiminin her alanındaki örgütsel yetenekleri gibi (26). İncinebilirliğin sosyal, ekonomik ve siyasal boyutları mevcut olup, bunlar; eşitsizlik, kadın-erkek ilişkileri, ekonomik organizasyonlar, etnik veya ırksal ayrımlar gibi etkenlerle ilişkilidir. Bunlar dışında, incinebilirlik büyük ölçüde afetlerden etkilenebilirliği dikkate almayan kalkınma politikalarından etkilenir (26).

Dünya Bankası 2012 verilerine göre, hem Avrupa, hem de Asya ülkesi olan Türkiye’de 74 milyon insan yaşamaktadır. Toplam nüfusun %60,0’ı kentlerde yaşamaktadır. Üst orta gelir düzeyi ülkeler içinde olan Türkiye’nin Ulusal Bütçesi (GSYİH) 789,3 milyar dolardır. Ülke nüfusunun %18,1’i yoksulluk sınırı altında yaşamaktadır. Yaşam süresi 75 yıldır. Kişi başına düşen gelir 10,830 Amerikan dolarıdır (16). Ülke topraklarının %92,0’si, nüfusunun %95,0’i, endüstriyel yatırımlarının %75,0’i deprem kuşağı üzerindedir (58). Çarpık kentleşme, kontrolsüz sanayileşme, yoksulluk sınırı, fay hattı üzerinde yerleşimlerin artmış olması Türkiye’de afetlerde incinebilirliği artıran çok önemli sebeplerdir. Bu sebepler afet sonrası meydana gelen olumsuz koşulların ve etkilerinin devamı ile süregenleşmesi açısından da belirleyicidir (58, 59).

İncinebilirlik bir toplumun, çevresi ve tehlikeler arasındaki etkileşimi ile ilgilidir. Maruz kalma (susceptibility) ve iyileşme yeteneği (resilience) ile

karakterizedir (60). Maruz kalma, tehlikenin bir acil duruma yol açmasına izin veren faktörlerle ilgilenir. İyileşme yeteneği ise, toplumun bir acil durumun yol açtığı hasara dayanma becerisi ile başa çıkma kapasitesidir. İncinebilirlik değerlendirilmez ise toplumlar hangi konularda incinebilir olduklarını ve tehlikelerin kendilerini nasıl etkileyeceğini bilemezler. Bishop ve Millar tarafından tehlikelerin etkilerine karşı iyileşme yeteneğini açıklayan bir model geliştirilmiştir (61, 62).



Şekil 2.6. Tehlikelere Karşı İyileşme Yeteneğini (Resilience) Açıklayan Bir Model (61, 62).

Şekil 2.6’da belirtildiği üzere incinebilirlik durumu düşükse toplumun algıladığı etki (ekonomik etki, sosyal etki vb.) düşük olacak ve düşük risk algısıyla birlikte zarar azaltma, hazırlık çalışmalarına katılım olmayacaktır. İncinebilirlik durumu yüksek ise toplumun algıladığı etki yüksek olacak ve yüksek risk algısıyla problem ele alma, öz yeterlilik ve toplumun algısı psikolojik olarak iyileşme yeteneği

ve hazırlıkla sonuçlanacaktır. Riskin kişisel algısı, sağlık davranışı değişikliğinin en güçlü belirleyicisi olarak bilinmektedir ve Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörler alt başlığında değinilmiştir (*Bknz. 2.7. Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörler*).

Afete hazırlık, mümkünse tehlike ve risklerin olumsuz etkilerini önlemeye çalışmak, mümkün değil ise afetler meydana gelmeden önce zararlarını azaltmak için planlama yapmak ve afetler meydana geldiğinde ise zamanında ve etkili bir müdahaleyi başarmak için afetler meydana gelmeden önce yapılması gereken tüm faaliyetler olarak ifade edilebilir. Afete hazırlık faaliyetlerinde en önemli unsur planlamadır. Planlama da en basit tanımı ile yapılması istenilen eylemin nasıl yapılacağının belirlenmesidir. Bir acil durum veya afet meydana geldiğinde, normal yaşam faaliyetleri bozulmakta veya kesintiye uğramakta, günlük yaşamda insanların karşılaştıkları sorunların dışında farklı sorunlar ortaya çıkmakta, insanlar maddi manevi büyük sıkıntılar yaşamaktadır. Bu nedenle bireylerin acil durumlar/afetler yaşanmadan ne yapacaklarını önceden planlamaları, ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında önceden hazırlıklı olmaları ve eğitilmiş olmaları gerekmektedir. İyileşme yeteneğini artırmak için acil durumlara hazırlık şarttır ve en önemlisi acil durumlara hazırlık, incinebilirliğin azaltılmasının bir parçasıdır (60).

Bu çalışmada afete hazırlık kapsamında; temel afet bilinci, aile afet planı, temel ilk yardım, temel tehlikeler ve uygun davranış şekilleri, kişisel beceriler (basit düzeyde arama kurtarma, yangın söndürme, sivil kuruluşlara üye olma) değerlendirilmektedir.

2.5. Afetlere Hazırlıklı Toplum

Afetlere hazırlık, öngörülemeyen afetlerin olumsuz sağlık etkilerinden ve can kayıplarından korunmak için önemli bir afet zarar azaltma stratejisi olarak belirtilmektedir (63). Afetlere hazırlık, temelinde toplumsal riski azaltmak için yapılan aktivitelerden oluşur.

Afetlere hazırlık yalnızca kamu kurum ve kuruluşlarına ait bir sorumluluk değildir. Acil durumlara hazırlık herkesin sorumluluğundadır. Afetlerle mücadele edebilmek için toplumların bütün kesimlerinin aktif olarak katılımı, afetlere hazırlıkla ilgili farkındalık ve olumlu davranış değişiklikleri oluşturulması

gerekmektedir. Afetler sonucu ortaya çıkan zararların azaltılması için gerekli hazırlığın yapılması ve önlemlerin öncelikle bilinçli bireyler tarafından alınması, toplumun afetlere karşı incinebilirliğini azaltabilir (64). En önemlisi kendi sağlıklarını ve güvenliklerini sağlamak açısından afetlere bireysel düzeyde hazırlık gereklidir (5).

Afetlere hazırlık, afetlerin meydana getirecekleri olumsuz etkilerin çoğunu azaltabilir (2). Bu hazırlık tüm organizasyonlar, kuruluşlar, aileler ve aile üyeleri için gereklidir (3). Özellikle bireylerin, ailelerin ve aile üyelerinin afetlerden sonra sağlanacak yardımların ulaşamaması durumunda 72 saate kadar kendilerine yeterli olabilmeleri istenir (4). Çünkü, afet, mevcut kaynakların yetersiz kalması durumudur ve afetlerin ilk saatlerinde herkes kendi başına kalmakta ve dışarıdan yardım alamamaktadır. Çalışan kişilerin de afetlerden etkilenmiş olabileceği, teknik donanımların da kullanılmaz hale gelebileceği gerçeği, ilk 72 saat içerisinde yerel kaynakların tam kapasite ile harekete geçirilmesini zor kılacaktır. Bu nedenle afetler sonrası ilk 72 saat içerisinde dışarıdan yardım gelinceye kadar bireylerin kendi bilgi ve çabalarıyla hayata tutunması gereklidir.

Başarılı bir afet yönetimi süreci, zarar azaltma stratejilerinin yerel seviyede, en alt tabanda halk ile buluşan bir politika olarak yürütülmesi ile mümkündür. Toplumun afetlere hazır olmaları toplumun güçlendirilmesi ve motive edilmesi ile sağlanır (65). Halkın katılımı afet yönetimi sürecinin kabul edilir en önemli parçasıdır (34, 66). Kaliforniya'dan Kanada'ya uzanan coğrafyada acil durum/afet programlarını geliştirmek amacıyla *Mahalle Acil Durum/Afet Programları* (Neighbourhood Emergency/Disaster Programs) adında çeşitli programlar yer almaktadır (34). Bu programlar yaşanabilecek acil durumlar/afetler için uygun, eğitilmiş bir lider ve her komşudan gönüllüler yetiştirmeyi hedeflemektedir. Bu programların ana amaçları; afetler sırası ve sonrasında yararlı olabilecek becerileri kazandırmak, incinebilir gruplar için özel ihtiyaç listeleri geliştirmek, yiyecek su ve sağlık ihtiyaçları için stok düzenlemektir. Ocak 1995 yılında meydana gelen 7,2 büyüklüğündeki Kobe depremi, 6,279 kişinin ölümüne, 136,000 evin ve 2,6 milyon insanın zarar görmesine sebep olmuştur. Bu deprem sırasında komşular çok sayıda hayat kurtarmış, geniş alanda ve sayıda eşya ve hizmet sağlamıştır. Yaklaşık olarak

630,000-1,300,000 gönüllünün yardım ettiği ve bu kurtarıcılarının %65,0'ının ilk 24 saat içinde çalışmaya başladığı ifade edilmektedir (67). Bu durum bilinçli komşuların en iyi kurtarıcılar olacağı gerçeğini gözler önüne sermektedir (68).

Acil durumlara hazırlık ve zarar azaltma çalışmaları yapılmadığı durumda toplumlar gereksiz riske maruz kalırlar. Acil durum hazırlığı ve uygun yanıt mekanizmaları yoksa bir acil durum afete dönüşerek, çok büyük maddi ve manevi zararlara neden olabilir. Bunun için toplumda “afetlere hazırlık kültürü”nün oluşması şarttır. Afetlere hazırlık kültürü, bilgili bireylerin öğrendikleri bilgileri davranışa dönüştürmesi ve hayatının bir parçası haline getirmesi durumu olarak ifade edilebilir (7). Türkiye’de, afetler sık yaşanmasına rağmen afetler karşısında psikolojik ve kültürel yapıdan kaynaklanan yetersizlikler söz konusudur. Kişisel düzeyde bilinçsizlik, güvenliğe önem verilmemesi, ekonomik nedenler, alınacak önlemlerin getireceği ek maliyetlerden kaçınılması, yapıyı projelendiren mimar ve mühendisin konuya gereken duyarlılığı göstermemesi, yapıyı inşa edenin güvenlik endişesi olmaması, bilgisizliği ve eğitimsizliği başlıca temel sorunlar olarak görülmektedir (68). Bu yetersizlikler toplumun afetler karşısında dayanıklılığını azaltan bir durumdur. Bu olumsuzluklarla mücadele etmek için afetlere hazırlık kültürünün değişmesi gereklidir. Toplumda afetlere hazırlık kültürünün değişmesi için üç adım tarif edilmektedir (69);

- a) Toplum bireylerinde farkındalık oluşturmak,
- b) Uygun acil durum/afet yönetimi sistemini oluşturmak,
- c) Etkin eğitim ve yönetim aktiviteleri sağlamak.

Dünya Ticaret Örgütü hazırlık kültürünün değişmesi için gerçekleştirilecek eğitim aktivitelerinin de şu adımları içermesi gerektiğini ifade etmektedir (70);

- a) Toplumun tehlikeler ile ilgili bilincini artırmak,
- b) Toplumun plan sürecine katılımını güçlendirmek,
- c) Toplumu çeşitli afetlerle ilgili önlem alması için adım adım eğitmek,

d) Acil durum yönetimi personelinin ihtiyaç duyduğu görevleri gerçekleştirmesini mümkün kılmak.

DSÖ de bu kapsamda verilecek eğitimlerin aşağıdaki yanlış varsayımlarla mücadele edilerek oluşturulması gereğini ifade etmektedir (71).

Yanlış Varsayım 1: Halk ne yapacağını bilmektedir.

Yanlış Varsayım 2: Acil durumlar önceden tahmin edilemez ve planlanması mümkün olaylar değildir.

Yanlış Varsayım 3: İnsanlar acil durumlarda planları takip etmez ve plan yapmak bireylerde endişe uyandırır.

Toplunun yaşadığı bölgedeki olası olaylar, bu olaylar ile ilgili yapılması gerekenler ve nedenleri konusunda önceden eğitilmesi ve bilgilendirilmesi afetlerde can ve mal kaybının en aza indirilmesinde etkili olan uygulamalar arasındadır (72). Bina yapım teknolojilerinden, afet sırasında ne gibi uygulamalar yapılması gerektiği, nasıl organize olunacağı konusundaki açıklamalara kadar her türlü bilgilendirme amaca uygun olarak yapıldığında önemli yararlar sağlamaktadır (72). Her birey yaşaması mümkün olan afetlerle ilgili ve sonrası için bu ihtiyaçlarla karşılaşacağının farkında olmalıdır. Bu farkındalık, kişinin hayatını sürdürme becerisini artıracaktır. Bunun için deprem, sel, heyelan, yıldırım çarpması, orman yangınları, çığ, şiddetli fırtınalar gibi doğal afetlerin yanı sıra savaşlar, terörizm, göçler gibi insan kaynaklı ve nükleer, kimyasal kazalar gibi teknoloji kaynaklı riskler hakkında temel bilgiler öğrenilmeli ve herkese öğretilmelidir (68).

Afetlere hazırlıklı olmanın faydaları bu denli açıkken, bireyler genel olarak afetlere hazırlıklı olma konusunda yetersizdirler (71, 73-75). Şakiroğlu tarafından gerçekleştirilen İstanbul'un tüm semtlerinden katılımcıların olduğu 218 yetişkinin katıldığı çalışmada (20–67 yaş arasında 120 kadın ve 98 erkek) "sizce bir deprem için yeterli hazırlıklara sahip misiniz" sorusuna katılımcıların yalnızca %19,3'ü evet derken, %58,7'si hayır demişlerdir (9). Bu halkın afetlere hazırlık konusunda ilgisiz olmasından kaynaklanmaktadır. Erik Auf der Heide bu ilgisizlik faktörünü şöyle ifade eder "Afetler olması düşük ihtimalli olaylardır. İnsanlar önceliklerini günlük

yaşam olayları ile mücadeleye ayırırlar ve halkı, seçilmiş resmi görevlileri, organizasyonların liderlerini afetlere hazırlığı desteklemeye yöneltmek onları afetlere karşı önlemler alma konusunda geliştirmek kadar zordur” (76). Heide, halkın ilgisinin afetler yaşandıktan sonra azaldığını belirtmektedir. Afetler sonrası hazırlık ve zarar azaltma çalışmalarında ki ilginin yavaş yavaş azalması “azalma eğrisi” terimi ile tanımlanmaktadır (77). Heide, aynı zamanda hazırlık çabalarının az olmasına sebep olan faktörlerin masrafın, zamanın ve emeğin (çabanın) miktarı ve politik desteğin yetersizliği ile ilgili olduğunu belirtmektedir ve şöyle devam etmektedir; hükümetler her ne kadar afetlere hazırlık konusunda çeşitli hedefler belirtmiş olsa da, finansal kaynaklarını bu konuya yeterince ayırmamakta ve karşılamamaktadır (76). İnsanların afetlerde incinebilirlikleri ile ilgili gerçek olmayan iyimserliği de bir sorun olarak belirtilmektedir (78). Bir afet olması durumunda insanlar onların hazırlıklarının bir fayda sağlamayacağı düşüncesindedirler ve hangi afet türleri için ne hazırlıkları yapacaklarını bilmemektedirler (87). Marsha Evans ve Amerikan Kızılhaç başkanı afetlere hazır olmayan halkı tanımlamak için şu ifadeleri kullanmıştır: hazırlık eğitimi, tavsiyelerini nerede bulacağını bilmeyen halk *kafa kazıyıcı* (head scratchers), hazırlığın önemsiz olduğuna inanan halk *kafası kumda olan* (head in the sand), kendisini hazır olduğuna inandıran halk *kafası bulutlarda* (head in the clouds), hazırlığı yapmaya vakit bulamayacak kadar meşgul olan halk *kafası kalabalık* (headset crowd) ve hazırlık hakkında basitçe düşünmeyen halk (79).

Bir afet ile karşılaşıldığında, ortaya çıkan sorunlarla nasıl başa çıkılacağı o an düşünülerek bulunamaz. Afetlere hazırlıkla ilgili önlemler afetlerden sonra yaşam sürebilmek ve yaşama şansını artırmak için gerekli olan su sağlama, ilk yardım çantası, fener ve gerekli araçlar gibi faaliyetleri içerir. Bunlarla birlikte zararları azaltacak kitaplıklar gibi ağır eşyaları sabitlemek, binaları güçlendirmek gibi faaliyetleri de içerir (80, 81). Bu faaliyetler, afetlerden sonra gerçekleşecek bina çökmeleri veya diğer eşyalardan gelecek zararlardan kaynaklı ölümlerin ve yaralanmaların azaltılması konusunda büyük faydalar sağlamaktadır (81). Yaşanan afetlerde yapılar sallanabilir ve bu yüzden yapıların içinde devrilebilecek durumda olan tüm eşya ve elektronik cihazlar devrilebilir. Bu tip tehlikeli durumlarda eşyaların çevresinde bulunan insanlar ve hayvanlar zarar görebilirler (68, 82).

Afet esnasında insanlar ve hayvanlar, evlerde sabitlenmeyen eşyaların, mobilyaların, beyaz eşyaların altında kalarak, iş yerlerinde ise yüksekte bulunan ürünlerin düşmesiyle yaralanmakta veya can kaybına uğramaktadırlar. Yapılarda söz konusu olabilecek riskler iki ana başlığa ayrılabilir; yapı elemanlarıyla ilgili riskler ve yapı elemanlarıyla ilgili olmayan riskler (83).

Yapısal riskler ve kontrolü

Yapı elemanları ile ilgili olan riskleri kendi içinde ikiye ayırmak mümkündür.

Birincisi; taşıyıcı olmayan yapı elemanlarının hasar görmesi sonucu oluşabilecek risklerdir. Bunlara; bölme duvarlarının yıkılması, dökülmesi, devrilmesi, sıvaların dökülmesi, camların kırılması şeklinde örnekler verilebilir. İkincisi ise; taşıyıcı yapı elemanlarının hasar görmesi durumunda oluşabilecek risklerdir. Bu tür risklerin vereceği zararların boyutu büyük olabilir, hatta zararın boyutu yapının tamamen göçmesine kadar varabilir. Bir yapının taşıyıcı sistem elemanları; kolon, kiriş, perde, temel, döşeme dir (83).

Afetlere dayanıklı binaların yapılması, bireylerin de ev alırken afetlere (deprem, heyelan, sel vb.) uygunluk belgelerini kontrol ederek ev almaları afetlerin zararlarının azaltılması için önemlidir. Yapısal elemanların kontrolü özellikle depremler açısından çok önemlidir. Yapısal elemanların deprem dayanıklılığının bulunmaması çok büyük bir risktir (84, 85). Bireyler, güvenli şehirler ve yaşam yerleri oluşturmada binaların depremlere uygun olarak yapılmasını ve bağımsız kuruluşlar tarafından denetlenmesini talep etmelidir (85). Yapısal elemanların kontrolü konusunda bir diğer önemli konu da doğal afet sigortasıdır. Afetler sadece yaralanma ve ölümlere sebep olmazlar, toplumun ekonomik sisteminde de önemli zararlara sebep olurlar. Bireyler, bu zararları en aza indirmek için sahip oldukları evlerin doğal afet sigortalarını yaptırılmalıdırlar. Bu sigorta, hem bireysel olarak yıkılan binanın maddi olarak karşılanmasını hem de toplumun ekonomik zararlarının azaltılması için gereklidir (83, 85).

Yapısal olmayan riskler ve kontrolü

Yapısal olmayan elemanlar, yer değiştirme eğilimlerinden dolayı afetlerde maddi kayıplara, yaralanmalara ve ölümlere varacak sonuçlara neden olabilirler. Yapısal olmayan elemanlardan kaynaklanan tehlike ve risklere “Yapısal Olmayan Riskler” adı verilmektedir. Yapıya ait olmayan elemanlar, binanın sağlamlığından çok, bina içinin kullanımı ve güzel görünmesi ile ilgilidir. Bunlar, yapı içinde bulunulan duruma göre, hareketli eşyalar ve hareketsiz eşyalar olmak üzere iki gruba ayrılırlar (82).

Yapıya Ait Olmayan Hareketli Eşyalar (82)

- Mobilyalar
 - Çeşitli boyutlara sahip vitrinler, elbise dolapları, kitaplıklar
 - Şifoniyerler ve aynalar, portmantolar
 - Mutfak dolaplarının kapak ve çekmeceleri
- Tüm elektronik cihazlar (bilgisayar, televizyon, müzik seti, vb)
- Tüm beyaz eşyalar (buzdolabı, çamaşır makinesi, vb)
- Değişik özelliklere sahip sobalar (elektrikli, kömürlü, odunlu, vb)
- Çeşitli büyüklüklerdeki tablolar
- Banyo aksesuarları
- Okullardaki öğrenci, öğretmen dolapları, öğrenci sıraları, aydınlatma elemanları, laboratuvar malzemeleri
- Hastanelerdeki ameliyathane ekipmanları, laboratuvar ekipmanları
- Alışveriş merkezlerindeki ürün sergileme rafları ve raf içinde bulunan eşyalar
- Müzeler-sanat galerilerinde sergilenme rafları ve tarihi sanatsal unsurlar

Yapıya Ait Olmayan Hareketsiz Eşyalar (82)

Yapının içinde sabitlenmiş ve genellikle aynı yerde kalan eşyalara “hareketsiz eşyalar” denilmektedir. Bunlar;

- Tüm pencere ve kapı doğramaları
- Çeşitli boyutlara sahip asansör sistemleri
- Yüksek yerlere asılmış panel radyatörler ve bağlantı boruları
- Kombi cihazları, termosifonlar, şofbenler
- Aydınlatma sistemleri

- Çeşitli boyutlarda avizeler
- Camdan üretilmiş lambalar, floresan lambalar
- Asma tavan tipi yerlerde kullanılan spot lambalar ve ekipmanları
- Yapılarda bulunan yangın merdivenleri
- Alışveriş merkezlerindeki cam vitrinler ve bunlara benzeyen birçok eşya
- Havalandırma sistemleri

Yapısal olmayan elemanların zarar görmesi maddi kayıpların, yaralanmaların ve ölümlerin ciddi miktarda artmasına sebep olacaktır. Yapısal hasar meydana gelmemesine rağmen bina içerisindeki eşyaların devrilmesi sonucu yaralanmalar ve ölümler meydana gelebilmektedir (68, 82). Bu zararların okul, hastane, banka gibi kamu ve özel sektöre ait binalarda meydana gelmesi durumunda ise iş sürekliliği kesintiye uğrayarak ve iş ve hizmet kaybı yaşanmaktadır. Bu yüzden yapısal olmayan riskler son derece önemlidir.

Deprem sonrası yapısal olmayan elemanlardan kaynaklanabilecek riskler şu şekilde özetlenmiştir (82):

- Maddi kayıp
- Yaralanma
- Ölüm
- İş ve hizmet kaybı
- Psikolojik sorunlar
- Doktor ve hemşire emeği kaybı

1999 Marmara depremindeki yaralanmaların %50,0'ının, yaşanan maddi kayıpların %30,0'ının, ölümlerin ise %3,0'ının sadece yapısal olmayan malzemelerin yer değiştirmesinden kaynaklandığı ifade edilmektedir (86). Bu durum, basit yöntemlerle yapılabilecek sabitleme işlemi ve yapısal olmayan elemanların deprem öncesi kontrolü ile deprem sonrası yaşanmış yaralanmaların, maddi kayıpların ve ölümlerin önlenilebileceğini gözler önüne sermektedir.

Yapısal elemanların kontrolü için aşağıda belirtilen konularda yapılacak tehlikelerin ve risklerin azaltılması büyük farklar yaratılabilir (82);

- Ağır ve yüksek eşyaları daha güvenli olacak alanlara taşımak,
- Sürekli oturulan mobilyaları pencerelerden uzak alanlara yerleştirmek,
- Camlardan kaynaklanabilecek risklere karşı pencerelerde kalın perde (vb) kullanmak,
- Şekil 2.7’de görüldüğü üzere raflı mobilyalarda alt raflara ağır, üst raflara daha hafif eşyaları koymak,
- Eşya fazlalığından kurtulmak.



Şekil 2.7. Raflı Mobilyalarda Alt Raflara Ağır, Üst Raflara Daha Hafif Eşyalar Konulması Durumu.

X: Yanlış Eylem

✓: Doğru Eylem

Yapısal olmayan elemanların afet öncesinde iyi bir risk ve tehlike analizinin yapılması ve bunların iyileştirilmesi gerekmektedir. Şekil 2.8’de görüldüğü üzere yapısal olmayan malzemelerin risklerini an aza indirmek için en etkili yol onları iyi bir şekilde sabitlemektir.



Şekil 2.8. Hazırlık Yapılmadığında (Sol Fotoğraf), Hazırlık Yapıldığında (Sağ Fotoğraf) Oluşacak Durum.

Acil durumlara ve afetlere hazırlık için en kısa sürede aile afet planının yapılması gerekmektedir.

Aile Afet planı

Aile acil durum/afet planının kullanılmasının dört adımı vardır (87):

1. Ne olabileceğinin tahmin edilmesi gerekir. Toplumu etkileyecek olası tehlikelerin analizi yapılmalı, toplumun planları hakkında detaylı bilgi edinilmelidir.

2. Plan Geliştirme. Ev halkının her üyesi, acil durum/afet sonrası hayatta kalabilmek için ne şekilde ortak hareket etmeleri gerektiği ile ilgili olarak bir araya gelip bir aile planı geliştirmelidir.

3. Hazırlıkları Tamamlama. Temel acil durum/afet sürecinin nasıl yürütüleceğinin bilinmesi birçok can kaybını önleyebilir. Aşağıdaki önlemler tüm aile bireylerini koruyabilir.

- İlk yardımın bilinmesi,
- Acil telefon numaralarının bulundurulması (itfaiye, polis, ambulans gibi),
- Elektrik ve gaz gibi ünitelerin kapatılması, temiz içme suyunun nasıl edinilebileceğinin bilinmesi,

- Hayatta kalabilme süresinin tahmin edilmesi,
- Ana giriş-çıkışlar kullanılmaz durumda olduğunda, evden dışarıya kaçabilmenin alternatif yollarının belirlenmesi,
- Evin karşı karşıya kalabileceği olası tehlikelerin değerlendirilmesi.

4. Planın tatbikatının aralıklarla tekrarlanması ve güncellenmesi. Özellikle çocuklara her 6 ayda bir ne yapmaları gerektiği ile ilgili olarak pratik uygulama yaptırılmalıdır. Zaman zaman, gerektiğinde planlar düzenlenmeli ve güncellenmelidir (değişen acil durum telefon numaralarının güncelleştirilmesi, acil durum erzağının yenilenmesi, vb)

Aile afet planı oluşturulurken, aile bireylerinin acil durum veya afeti dışarıda yaşayabilecekleri ihtimalleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum daha önceden planlanarak, afet meydana geldiğinde nerede buluşulacağı konuşulmalıdır. Afetlerden sonra iletişim sistemlerinde kesilmeler yaşanabilir. Böyle durumlarda il dışından bir kişi üzerinden irtibat sağlanabilir. Bunun da aile afet planlamasında belirlenmesi gerekir (88).

Acil Durum Destek Malzemeleri (87)

En az üç gün yetecek şekilde ihtiyaçların stok edilmesi gerekir. Ev hayvanlarının ihtiyaçları da düşünülecek şekilde, arama kurtarmada gerekebilecek acil durum erzak takımı bulundurulmalıdır. Bu ihtiyaçları içinde saklayacak sağlam bir sırt çantası (acil durum ve afet çantası) bulundurulmalıdır. Aşağıda açıklanan bazı erzaklar zaman zaman değiştirilmelidir.

- Üç gün yetecek ve bozulmayacak şekilde yiyecek ve içecek,
- Bir takım elbise, kişi başına bir çizme veya uygun ayakkabı, battaniye veya uyku tulumu,
- Aile ilaçlarını içeren ilk yardım çantası,
- Pilli radyo, el feneri, çok sayıda pil,
- Yedek araç anahtarı, kredi kartı, nakit para, çek, vb,
- Küçük çocuklar, sakatlar ve yaşlı aile bireyleri için özel şeyler,

- Gözlük kullanılıyorsa birer adet yedek bulundurulmalı,
- Sağlam ayakkabı veya bot,
- Haritalar.

Acil durum ve afet çantasının nerede olduğunu bütün aile bireyleri bilmelidir. Malzemeler aile bireyleri arasında konuşularak çeşitlendirilebilir. Özellikle afetlerde ilk 72 saatte yardım gelemeyebileceği düşünülerek çanta hazırlanmalıdır. Acil durum ve afet çantasının hazırlanmasında bütün aile bireylerinin katılması ve alınan kararların uygulamaya geçirilmesi önemlidir (82, 84).

Bir çok hazırlık çalışmaları yiyecek-su stoklaması, sigorta satın alma, zararları azaltma gibi davranışları değerlendirmektedir. Çalışmalarda hane düzeyinde yapılan hazırlığın sürekli belirleyecileri olarak (89);

- Medyanın ilgisi,
- Daha iyi eğitim,
- Kadın olma,
- Beyaz ırktan olma,
- Okul yaşı çocuğuna karşı sorumlu olma,
- Toplumda uzun dönem ev yaşamı sürme,
- Ev sahibi olma, sosyal hayata katılımın yüksek düzeyi,
- Hazırlıklı olmak adına atılacak adımlara gücü yetme,
- Diğer tehlikelerle ve tehditlerle ilgili olma,
- Afet zararlarıyla ilgili deneyimleri,
- Tehlikelerle ilgili kişisel bilgiler,
- Hazırlık için algılanan kişisel sorumluluk,

- Çeşitli kişisel koruma faaliyetlerinin özgünlüğü, özelliği hakkında ki algılar belirtilmektedir.

Afetlere bireysel hazırlık düzeyini, toplumsal düzeyde yüksek seviyelere ulaştırabilmeyi başarabilmek için kişisel hazırlığı teşvik edici, kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörlerin anlaşılması gereklidir. Bu teşvik edici, kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörler ile ilişkili olan kişisel özelliklerin boyutu incelenmelidir. Ayrıca bu faktörlerin yaş, eğitim, gelir, sosyoekonomik durum, coğrafi yerleşim gibi basit demografik değişkenlerle olan durumu da değerlendirilmelidir. Bu faktörlerin ve ilişkilerinin değerlendirilmesi, bireysel düzeyde hazırlığın oluşmasını sağlayacak farkındalığın artırılması ve bireylerin davranış değişikliğine motive edilmesi için hedeflenecek programların ve eğitimlerin şekillenebilmesini sağlayacaktır (90). Bu faktörlerin tanımlanması, bireylerin afetlere hazırlıklı olabilmelerini sağlayacak motivasyonlarının yükseltilebilmesi ve engellerin de ortadan kaldırılabilmesi için ortam sağlayabilecektir. Bu açıdan toplum tabanlı destek programlarının ve politika değişikliklerinin de belirlenebilmesine katkı sağlayacaktır.

2.6. Sağlık Geliştirme ve Acil durumlara/Afetlere Hazırlık

Afetler yaşamın her yönü etkilemektedir. DSÖ tarafından da belirtildiği üzere afetler, sağlığın birden çok belirleyicisini etkilemektedir ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Halk sağlığı adına yapılan müdahale çalışmaları, sağlıklı davranışlar edinilmesi için yeni normlar oluşturmayı ve insanların sağlıklı olması için iyi sosyal koşulların oluşturulmasını (91) ve sağlıklı sosyal koşulları oluşturmak için de afetlere hazırlığın gerekliliğini önerir (92). Pan Amerikan Sağlık Örgütü, afetlerin sağlık sonuçlarını yalnızca can kayıpları, yaralanmalar, yapıların zarar görmesi, göçler olarak değil psikolojik etkilenmeler, yiyecek-ıçecek su eksiklikleri, bulaşıcı hastalıkların artışı, sağlık hizmeti sunacak yapıların zarar görmesi olarak belirtmektedir (93).

2005 yılında kabul edilen Hyogo Protokolü çerçevesinde, 2005-2015 yılları arasında afetlerin sosyal, ekonomik ve çevresel zararlarının büyük oranda azaltılması gerekliliği konusu uluslararası bir karara bağlanmıştır (41). Hyogo Protokolü, Dünya

Afet Zararlarını Azaltma Konferansı'nda BM'in 168 üyesi tarafından kabul edilmiştir (94). Hyogo Protokolü'nün 3 temel stratejik hedefi vardır (95):

- Sürdürülebilir kalkınma ve yoksulluğun azaltılmasına ilişkin politika, plan ve programları afet riski azaltma stratejileriyle bütünleştirmek,
- Kuruluşları, özellikle başta toplum düzeyinde olmak üzere bütün seviyedeki birimleri güçlendirmek, geliştirmek ve tehlikelere karşı iyileşme yeteneği kapasitesini artırmak,
- Acil durum hazırlık, müdahale ve iyileştirme uygulama programlarına, risk azaltma yaklaşımlarını sistematik olarak uygulanmasını sağlamak dır.

Ottawa Bildirgesi'nde sağlığı geliştirme kavramı "kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı hale getirmek" olarak tanımlanmaktadır (96). Sağlığı geliştirme, kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir süreçtir (1). Sağlığı geliştirme, toplumların ihtiyaçlarını belirlemeyi ve sağlıklarını geliştirmek için toplum hareketi sağlamayı amaçlar. Bu süreç içinde yapılacak girişimlerin; güçlendirici, toplum katılımlı, eşitlik ve hakkaniyeti sağlayıcı, sektörler arası, ulaşılabilir ve çok stratejili olması gerektirmektedir. Sağlığı geliştirme stratejileri arasında toplum katılımını güçlendirmek, sağlıklı kamu politikalarını oluşturmak, bireylerin yaşam (kişisel) becerilerini geliştirmek yer almaktadır (97). DSÖ 21. yüzyılda sağlığı geliştirme konusunda beş temel öncelik belirlemiştir (98). Bunlar ;

1. Sağlık için sosyal sorumluluğun geliştirilmesi: Bu öncelik için karar verici kişilerin sorumluluk almaları, kişisel sağlığa gelecek zararları önleme, çevreyi koruma ve kaynakların sürdürülebilir şekilde korunması, eşitlik ve hakkaniyete dayalı sağlık etki değerlendirmesinin geliştirilen politikaların içinde değerlendirilmesi ve devletin politika ve uygulamalarına dâhil edilmesi gerekmektedir.

2. Sağlığın gelişmesi için yatırımların artırılması: Bu öncelik için çok sektörlü bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Sadece sağlığa yapılacak yatırımlar için değil, eğitim ve ev koşulları için de ek kaynakların bulunması gerekmektedir.

3. Sağlık için işbirliğinin sağlanması ve artırılması: Sağlık geliştirilmesi farklı sektörlerin işbirliğini gerektirmektedir. Bu işbirliğinde kaynaklar, beceriler ve deneyimler paylaşılarak, fikir birliğine varılmalıdır.

4. Toplum kapasitesinin artırılması ve bireylerin güçlendirilmesi: Sağlık geliştirme, insanlar dışlanarak “insanlar üzerinde” veya “onlar için” değil, “insanlarla birlikte” anlayışı ile yapılmalıdır. Ancak bu şekilde bireyler eyleme katılabilir, gruplar, örgütler veya toplumların kapasitesi gelişebilir. Bu öncelik ile bireylerin karar verme sürecine katılmaları, bilgi ve beceriye ulaşma gibi eylemleri yerine getirilmesi amaçlanmaktadır.

5. Sağlık geliştirme için altyapının sağlanması: Gerekli altyapının sağlanması için yerel, ulusal ve küresel düzeyde özendirici, teşvik edici, uygun mekanizmalar oluşturulmalıdır. Bu amaçla öncelikle sağlıklı yerleşim alanları oluşturulmalıdır. Bu altyapının sağlanması ancak uygun ve yeterli politik, yasal, sosyal ve ekonomik çevreler oluşturularak mümkündür.

Sağlık geliştirme stratejileri ile Hyogo Protokolü’nün stratejileri benzerdir. Sağlık geliştirme stratejileri arasında yer alan toplum katılımını güçlendirmek ile Hyogo Protokolü’nün ikinci stratejik hedefi “kuruluşların, özellikle başta toplum düzeyinde olmak üzere bütün seviyedeki birimlerin tehlikelere karşı iyileşme yeteneği kapasitelerinin artırılması gereği” birbiriyle örtüşmektedir. Bir toplumun afetlerle mücadelede iyileşme yeteneğini ve kapasitesini artırmak için zarar azaltma ve hazırlık programlarına ihtiyaç vardır. Afet zararlarının azaltılması ve hazırlık stratejileri, risk altındaki toplumların risk yönetimi hakkında bilinçlendirilmesi ve incinebilirliğin azaltılması çalışmalarına katılmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Toplum afetlere ilk müdahale eden gruptur ve afetlerle mücadelenin ilk ayağını oluşturur. Toplum katılımı günümüz ve sürdürülebilir afet yönetimine katkı sunar (97). Örneğin, afet öncesi afet müdahale planları oluşturulurken halkın katılımı olmazsa afet zamanı duyulacak ihtiyaçların belirlenmesinde ve karşılanmasında başarısızlık, gereksiz kaynaklar yığını ve memnuniyetsizlik olacaktır (97). Bu stratejik hedef birçok önemli uluslararası afet platformunda da ifade edilmiştir. Bu önemli platformlardan biri, hükümetlerce ve BM kurumlarınca benimsenmiş, Doğal Afet Etkilerini Azaltma Onyılı’ndan çıkan önerilerin takip edilmesi ve uygulanması

amacıyla ortaya çıkan Uluslararası Afet Zararlarının Azaltılması Stratejisi (International Strategy for Disaster Reduction)'dir. Bu strateji ile önleme ve hazırlık kültürünün geliştirilerek afetlerin etkilerine etkin ve hızlı cevap veren toplumların oluşturulması amaçlanmıştır. Bu stratejinin geliştirilmesini ve uygulanmasını koordine eden Uluslararası Afet Zararlarının Azaltılması Sekreterliği'nin yönlendirici ilkeleri arasında dört amaç belirlenmiştir. Amaçlardan biri, tehlikelere karşı hasar görebilirliğin azaltılmasına yönelik kamu bilincinin ve halkın katılımının artırılması olarak ifade edilmektedir. Bu amaç, resmi ve resmi olmayan eğitimlerle ilgili programları içerir (26). Bu amaçla, halkın bilgilendirilmesi, eğitim ve çok disiplinli profesyonel eğitime dikkat çekilmektedir.

Sağlığı geliştirme stratejileri arasında yer alan sağlıklı kamu politikalarını oluşturmak ile Hyogo Protokolü'nün birinci stratejik hedefi benzerdir. Birçok alanda afetlerin etkilerini azaltmak için sağlıklı kamu politikalarına ihtiyaç duyulur (97). Afetler, sürdürülebilir kalkınmayı olumsuz etkilerler. Bu yüzden, hazırlık ve zarar azaltma stratejilerinde sürdürülebilir kalkınma, ekosistemlerin ve çevrenin yönetimini güçlendiren politikalar yer almaktadır (97). Yanlış kalkınma programları ve kaynakların yanlış kullanımı, afetlere katkı yapan etkenlerdir. Uygun kalkınma politikalarının benimsenmesi ise, afet riskini azaltabilir. Bu politikalar, gerekli yönetmelik ve yasal düzenlemelerin, kurumsal reformların, iyileştirilmiş analitik ve metodolojik kapasitelerin, mali planlamanın, eğitim ve kamu bilincinin benimsenmesini içermektedir (26). Bu politikalar, tarım, gıda güvenliği, sağlık ve eğitim gibi çeşitli ve karşılıklı sektörler arasında politika bütünlüğünün sağlanmasını amaçlayan bir konu olarak değerlendirilmelidir. Ancak bu şekilde afetlerin zararlarını azaltma stratejileri uygulanabilir.

Sağlığı geliştirme stratejilerinden kişisel becerileri geliştirmek suretiyle bireylerin güçlendirilmesi stratejisi, afet yönetiminde afetlere hazırlık ve incinebilirlik stratejilerinde/uygulama programlarında bireylere gerekli bilgi ve eğitim verme stratejisiyle temsil edilir. Halk kendi iyilik durumunu belirlemek, kararını vermek için risk ve tehlikeleri bilmelidir (97). Programlarda "insanlar üzerinde" veya "insanlar için" değil "insanlarla birlikte" yaklaşımı benimsenmelidir. Bu yaklaşım modern afet yönetimi sürecine katkı sunacak ve

bireylerin eyleme katılabilmesini sağlayarak toplumların kapasitesinin artırılmasını sağlayacaktır.

Özetle, sağlığı geliştirme stratejileri, afetlerin insanlar ve onların sağlıkları üzerinde ki etkilerini azaltmak için iyileşme yeteneğini artırır ve incinebilirliğini azaltır (97). Halkın katılımı bu etkileri azaltmak için temel bileşendir. Sağlıklı kamu politikalarını oluşturmak, incinebilirliğin tüm bileşenlerini hedef alan kapsamlı, multi sektöryel katılımı içeren işbirlikleri desteklenmelidir. Kişisel becerileri artıran ve riskler hakkında bilgi sunan eğitim programları, bireylerin sağlıklarını ve yaşamlarını güvence altına alacak kararları vermesini sağlayacaktır (97).

2.7. Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörler

Sağlıklı olmaya yönelik eylemleri artırmak için gerçekleştirilen bilgi, uygulama ve yaklaşımların tümü sağlık davranışı olarak tanımlanmaktadır (1). Sağlık davranışı, davranış olumlu olduğunda sağlığın gelişmesine, olumsuz olduğunda ise hastalığa hatta ölüme neden olabilmektedir (99). Acil durumlar/Afetler kapsamında sağlık davranışı da, bireyin hazırlıklı bulunması durumunda daha az zarar göreceği, bireyin hazırlıksız bulunması durumunda ise daha fazla zarar görebileceği hatta hayatını kaybedeceği şeklinde ifade edilebilir.

Sağlığı geliştirme literatürüne dayalı sağlık davranışı değişikliğinin en güçlü belirleyicisi, *riskin kişisel algısı* olarak bilinmektedir. Bireylerin sağlıklarıyla ilgili risk alma davranışları, çok karmaşık internal ve eksternal faktörler tarafından belirlenmektedir. Bunlar (1);

İnternal (İçsel) Bilişsel Faktörler: Bilgi, tutum, inanç, değerler, eğilim düzeyleri.

Eksternal (Dışsal) Faktörler: Sağlık hizmetine ulaşma, hizmeti elde edebilme, maddi olarak karşılayabilme.

Bishop ve Millar tarafından geliştirilen modelde belirtildiği üzere, bir toplumun incinebilirlik durumu düşük ise toplumun algıladığı etki (ekonomik, sosyal vb) düşük olacak ve düşük risk algısıyla birlikte zarar azaltma, hazırlık çalışmalarına katılım olmayacaktır. İncinebilirlik durumu yüksek ise toplumun algıladığı etki

yüksek olacak ve yüksek risk algısıyla problem ele alma, öz yeterlilik ve toplumun algısı psikolojik olarak iyileşme yeteneği ve hazırlıkla sonuçlanacaktır. Bu risk algısı (bilgi, tutum, inançlar vb. faktörler), kişinin bir davranışı edinip edinmeyeceğini belirlemek ve bireyin eyleme geçmeden önce güdülenmesini (motivasyon) sağlayıcı faktörlerinde belirlenmesi açısından önemlidir (Bkz. Şekil 2.6).

Sağlıkla ilgili davranışları etkileyen üç faktör bulunmaktadır. Bunlar (1, 100);

Hazırlayıcı Faktörler: Bu faktörler, bilgi, tutum ve inançlardır. Bunlar kitle iletişim araçlarından yararlanılarak, değiştirilmesi mümkün hedeflerdir. “Değerler” ve “algılamalar” bu gruba sonradan eklenen yeni değişkenlerdir (örneğin, kültürel veya etik normlar). Sonradan eklenen bu değişkenler karşılıklı etkileşimi sağlayan yöntemlerle değişiklik gösterebilirler. Bilgi, tutum, inançlar, değerler ve algılamalar şeklinde belirtilen bu faktörler, kişinin davranışı edinip edinmeyeceğini belirlerler ve sağlıkla ilgili bir eyleme geçmeden önce, bireyin güdülenmesini sağlarlar.

Olanak Sağlayıcı Faktörler: Sağlık davranışlarının ortaya konmasını ve uygulamasını sağlayan daha çok yapısal (kaynakların varlığı, zaman gibi) faktörlerdir. Sağlık kurumları, spor alanları, okul gibi alanlar sağlık davranışının uygulanabilir olmasını sağlamaktadır. Bu alanların ulaşılabilir olması önemlidir ve bu kaynaklara ulaşmayı engelleyen durumların belirlenerek ortadan kaldırılması gereklidir. Bu kaynakların ulaşılabilir olması; yapılan etkinliğin sağlığı koruma, sağlık için harekete geçme ve sağlığı geliştirme stratejilerine dönüşmesini sağlar.

Güçlendirici Faktörler: Bu faktörler, davranışın sürdürülmesini etkileyen aile ya da içinde bulunulan toplum tarafından o davranışın kabul edilmesi ve ya edilmemesi gibi faktörleri içerir. Davranış nedenlerinin sosyal nedenler olduğunun varsayıldığı durumlarda (sigara, madde kullanımı, adölesan üreme sağlığı ve cinsel sağlığı gibi konular) bu faktörler önem kazanmaktadır. Bu faktörler ödüllendirmeyi (sertifika, para vb) içerebilir.

Etkili sağlığı geliştirme programları, davranışı etkileyen bu üç faktörü de içine alacak şekilde sürdürülmelidir. Çünkü güdülenmiş ve güçlendirilmiş bir davranış, olanaklı hale getirilmez ise, istenilen davranış engellenecek ve yapılmayacaktır. Güçlendirici faktörler tarafından desteklenmeyen ancak güdülenmiş

ve olanaklı hale getirilmiş bir davranış ise kalıcı olmayacaktır (100). Örneğin, bir toplumdaki bireyler afetlere hazırlıkla ilgili iyi bir şekilde güdülenmiş olsalar ve o toplumda afete hazırlıkla ilgili kaynaklar hazır halde bulundurulsa dahi, o toplumun bir kısmı tarafından afetlere hazırlık konusu ile ilgili davranış kabul edilmeyerek, alay konusu edilecek olursa, afetlere hazırlık davranışı gösteren diğer bireyler de bu davranışı göstermekten vazgeçecektir.

Sağlık, yalnızca hastalıkların olmayışı değil; fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir (101). Bedeni, zihni ve sosyal yapıları birbirinden ayrı değerlendirmek mümkün değildir. Birey, aile ve toplumların davranış örüntüleri de sağlığı belirleyen temel öğedir. Bireylerin davranışları, gereksinimleri doğrultusunda ve çevreleri ile ilgili karar verme ve doğru seçimlerde bulunma durumlarıdır (1).

Eğitim düzeyleri, konu ile ilgili bilgileri, sosyokültürel faktörleri, kişisel inançları, hastalığın ciddiyet derecesi ve hastalığın tehlikesini algılamaları gibi faktörler kişilerin sağlıkla ilgili konularda davranış değişiklikleri oluşturmaları üzerinde etkilidir. Bunlar dışında; yaş, eğitim düzeyi, bilgi durumu, sosyokültürel faktörler, inançlar ve değerler de bazı durumlarda davranış değişikliğini engelleyici, bazı durumlarda ise destekleyici rol oynamaktadır (1).

Günümüzde davranış değiştirme teorilerine göre, 6 farklı değişken bulunmaktadır (102).

- ✓ Davranışı etkileyen tutum, inançlar ve değişimin sonuçları
- ✓ Hedeflenen davranışa ulaşmayı sağlayan gerekli öz-yeterlilik ile ilgili inançlar veya yetenekler
- ✓ İlgili faktörlerin rolü (sosyal faktörler vb)
- ✓ Davranışla ilgili daha önceki deneyimler
- ✓ Eylemde öncelikler
- ✓ Basamaklı veya sistematik ilerleme

2.8. Sağlık Davranış Modelleri

Sağlık davranışı birden fazla model ile açıklanabilmektedir. Modeller, davranışın belirli bir sistem içinde anlaşılmasını sağlamakta ve sağlığı geliştirme çalışmalarının planlamasında kullanılmaktadır (1).

Sağlık ile ilgili davranışların öngörülmesinde kullanılan modeller şunlardır (1);

- Sağlık İnanç Modeli
- Öznel olarak Belirlenen Yarar Teorisi
- Nedene Dayalı Davranış Teorisi
- Değişim Teorisi veya Değişim Basamakları Modeli
- Önlem Uyarlama Süreç Modeli
- Sağlığı Kontrol Etmeye Odaklanma
- Korunmaya Güdülenme Teorisi
- Sosyal Bilişsel/Sosyal Öğrenme Teorisi
- Yeniliğin Yayılması Modeli
- Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli
- Sosyal Ekoloji Modeli

2.9. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, sağlık davranışının bireylerin sosyo-demografik özellikleri, bilgi ve tutumlarının bir sonucu olduğunu belirtmektedir. Bu model, bireyin davranışlarını, hastalığın ciddiyetini algılama ve göstereceği duyarlılığa ilişkin tehdidi azaltmak için eyleme geçilmesinin getireceği yararı algılamasıyla ilişkilendirmektedir (1, 103). Bu model, davranış değişikliğini oluşturmak için öncelikle bireyin kişisel inançlarını değiştirmek gereğini savunmaktadır.

Birey, davranış değişikliği için aşağıdaki inançlara sahip olmalıdır (1):

- I. Hedef olma algısı
- II. Durumun ciddiyetinin farkında olma
- III. Yeni davranışın etkililiğine inanma
- IV. Sıranın kendisine de gelebileceğine inanma
- V. Korunmaya bağlı yararı algılama
- VI. Eyleme başlamada engeller

Sağlık İnanç Modeli'ni oluşturan başlıca kavramlar şunlardır (1, 104):

1-Algılanan Duyarlılık; bireyin herhangi bir hastalığa yakalanma ya da sağlıkla ilgili bir etkiye maruz kalma olasılığı konusundaki inancıdır. Algılanan duyarlılığın fazla olması halinde koruyucu eyleme geçme olasılığı da o derece yüksek olmaktadır. Bu yüzden insanları hastalığın bireylerin hayatında her zaman için var olabileceğine inandırmak gerekmektedir.

2-Algılanan Ciddiyet; sağlık problemini algılama konusundaki ciddiyettir. Algılanan ciddiyetin fazla olması durumunda koruyucu sağlık davranışını gösterme olasılığı da artmaktadır.

Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet algılanan tehdidi oluşturur. Algılanan tehdidin oluşmasında etkili faktörler; demografik değişkenler, sosyo-psikolojik değişkenler ve hastalıkla ilgili değişkenlerdir. Hastalığı bir tehdit olarak algılamada rol oynayan ve eyleme yönelten faktörler ise; kitle iletişim araçları kampanyaları, diğer kişilerin önerileri, çevresindeki bireylerin hastalığı, gazete ve dergilerde yayınlanan sağlık yazılarıdır.

3-Değişikliğe Neden Olan Faktörler; demografik değişkenler, sosyo-psikolojik değişkenler, yapısal değişkenler, bireyin hastalığı bir tehdit olarak algılamasını ve istenen davranışı gerçekleştirme olasılığını etkileyen önemli faktörlerdir.

***Demografik Değişkenler;** sosyo-ekonomik durum, yaş, gelir, etnik köken ve eğitim demografik değişkenlerden bazılarıdır.

***Sosyo-Psikolojik Değişkenler;** sosyal sınıf, sosyal baskı ve kişilik yapısı bu değişkenlerden bazılarıdır.

***Yapısal Değişkenler;** bireyin hastalıkla ilgili bilgisi ve önceki deneyimleri koruyucu davranışlara etki eden iki önemli değişkendir.

4-Algılanan Yarar; bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar faydalı algıladığı, eğer o davranış değişikliğini gerçekleştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır. Bireylere koruyucu çalışmaların yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilir. Böylece kişilerde sağlıkla ilgili davranış ve tutumlar ve koruyucu sağlık uygulamaları yapmanın yararıyla ilgili bilinç alanını geliştirmek mümkün olur.

5-Algılanan Engeller; önerilen davranışı gerçekleştirmenin önünde algılanan somut ya da duygusal engeller ya da bu davranışın yol açacağı düşünülen istenmeyen sonuçlardır. Maliyet, rahatsızlık, hoş olmayan bazı yaşam değişiklikleri koruyucu davranışlar için engel teşkil edebilmektedir. Algılanan fayda algılanan engellerden ne ölçüde fazla ise davranışa eğilim o ölçüde fazladır. Algılanan yara ve algılanan engel boyutları sağlık davranışlarının değiştirilmesi veya kazanılmasında önemlidir ve değişim olup olmayacağını belirleyicisidir.

İnsanlar kendini koruma davranışını (105, 106);

- ✓ Hastalığa duyarlı olduklarına inandıkları zaman
- ✓ Hastalığın yaşamlarını ciddi şekilde etkileyeceğine inandıkları zaman
- ✓ Hasta olduklarında yaşamlarının kısıtlanacağını farkında oldukları zaman
- ✓ Hastalığın tedavisi için harcanacak çabanın fazla olacağına inandıkları zaman

gösterirler.

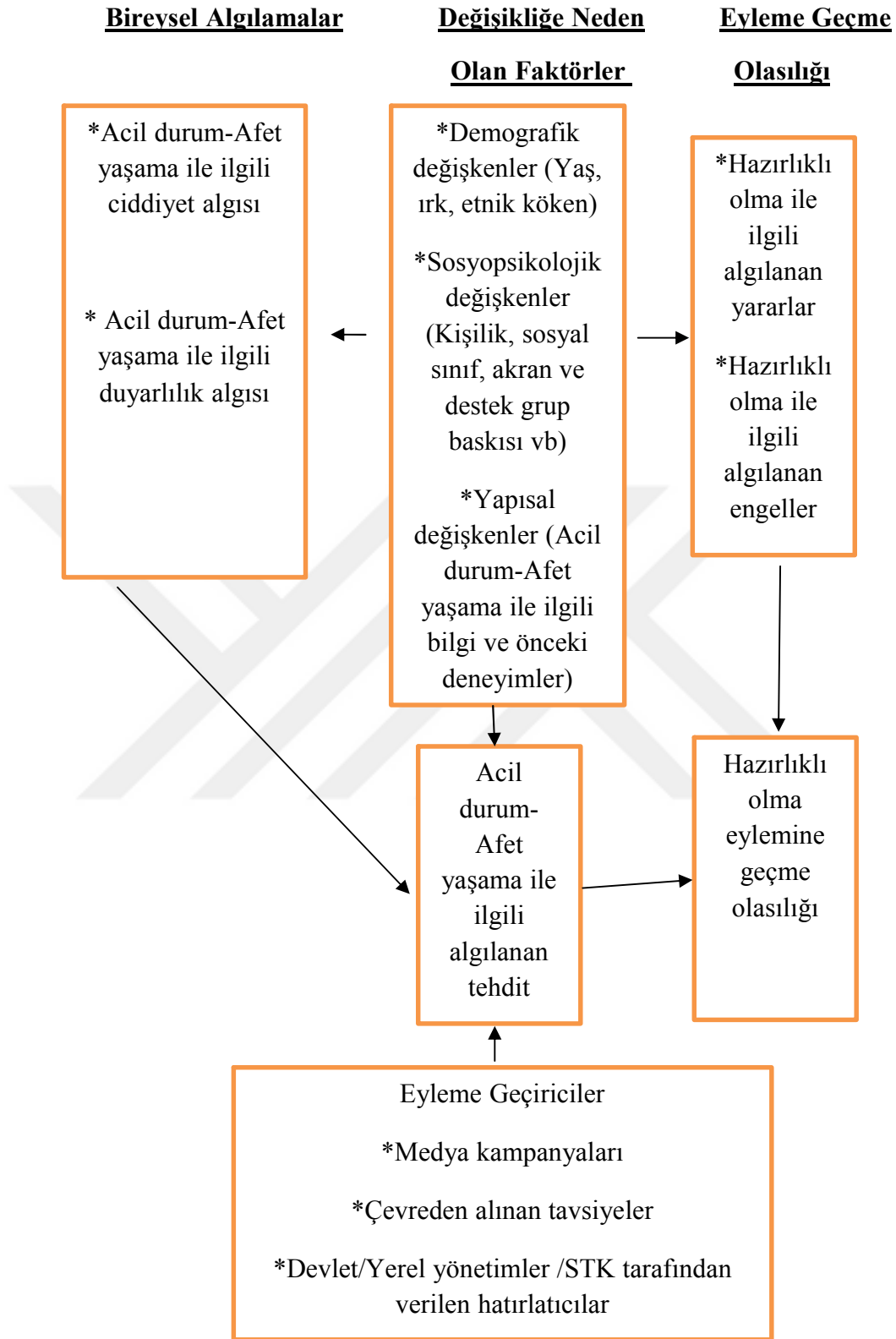
6-Eyleme Geçiriciler; eyleme geçiriciler, sağlık davranışının ortaya çıkma insidansına etki etmektedir. Eyleme geçiriciler içsel (internal) ya da dışsal (external) olabilmektedir. İçsel eyleme geçiriciler hastalığa özgü rahatsızlık belirtilerinin hissedilmesidir. Dışsal eyleme geçiriciler ise medya kitlesi, öğütler, posterler,

“billboard”(ilan panoları)lar, gazete ve magazin makaleleri ile sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanan hatırlatıcılardır. Birey potansiyel sağlık problemi ile ilgili ne kadar çok uyarı ya da tavsiye alırsa koruyucu davranışı gösterme olasılığı o derece fazla olmaktadır.

7-Öz-Yeterlilik Algısı; bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inançlarıyla ilgilidir. Bireyin kendi etkililiğine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amaca ulaşma gayretini ve motivasyonunu zayıflatan aksilikler ve engellerle mücadele etme gücünü etkilemektedir.

Sağlık davranışı birden fazla model ile açıklanabilmektedir. Bu çalışmada Sağlık İnanç Modeli'nin seçilmesinin en önemli sebebi, istenilen endişeleri içeren davranış bozukluklarını anlatmaya uygun olması ve modelin içeriğini açıklayarak, tavsiye edilen davranışı destekliyor olmasıdır (107). Bu nedenle Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı bir ölçek geliştirilerek, ilgili faktörler tanımlanabilecek ve bu faktörlerin tanımlanması ile bireylerin acil durumlara/afetlere hazırlıklı olabilmelerini sağlayacak motivasyonlarının yükseltilebilmesi, engellerin de ortadan kaldırılabilmesi için yol gösterici olacak ve bireylerin incinebilirliklerinin azaltılması konusunda oluşturulacak programlara/projelere ve politikalara rehberlik edilmesi sağlanılacaktır.

Sağlık İnanç Modeli bileşenleri ile acil durum ve afete hazırlıklı olma durumu arasındaki ilişki Şekil 2.9'da gösterilmektedir. Ancak, Sağlık İnanç Modeli'nin bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Önerilen bir davranışı yerine getirmek için bireyin karar verme sürecinde tek bir sonucun ciddiyetini algılamasına odaklandığı, olumlu ya da olumsuz olabilen diğer sonuçları yok saydığı belirtilmektedir. Bu nedenle model, insan güdülenmesi ve davranışlarının karmaşıklığını göz ardı ettiği konusunda eleştirilmiştir (1).



Şekil 2.9. Acil durumlara/Afetlere Hazırlıklı Olma Durumunun Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri ile Açıklanması. (Araştırmacı tarafından hazırlanan bir içeriktir)

2.10. Sağlık İnanç Modeli ve Acil Durumlar/Afetler ile İlgili Çalışmalar

Acil durumlar/afetler ile ilgili çok sayıda tanımlayıcı çalışma bulunmasına karşın, sağlık davranışlarının açıklanmasında kullanılan Sağlık İnanç Modeli'ni temel alan çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (108-112).

Ulusal düzeyde acil durumlar/afetler ile ilgili Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı hiç bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yurtdışında yapılan çalışmalarda da; Dooley ve arkadaşları depreme hazırlıklı olmanın belirleyicilerini saptadıkları çalışmalarında bu alanla ilgili gerçekleştirilecek sonraki çalışmaların Sağlık İnanç Modeli üzerinden yapılmasının yarar sağlayacağını belirtmektedirler (108). Sağlık İnanç Modeli üzerinden yürütülen acil durumlara/afetlere bireysel hazırlık davranışlarını inceleyen çalışmalar olmamasına rağmen, afetzedeler ile profesyonel olmayan afet gönüllüleri arasındaki işbirliği aktivitelerini etkileyen faktörler bu model üzerinden değerlendirilmiştir (109). İklim değişikliği ve sıcak hava dalgalarına yönelik risk algısı ve adaptasyon davranışlarının belirleyicilerini saptamak amacıyla Sağlık İnanç Modeli'nden faydalanılmıştır (110, 111). Ayrıca sağlık çalışanlarının afetlere müdahale aşamasında yer alma isteğini sağlayan kolaylaştırıcı faktörlerin ve engellerin belirlenmesi çalışmasında da bu model kullanılmıştır (112) (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Sağlık İnanç Modeli ve Acil Durumlar/Afetler ile İlgili Çalışmalar.

Çalışma Adı	Araştırmacılar	Çalışmanın Yapıldığı Tarih	Örneklem	Sonuç
Afetzedeler ile profesyonel olmayan afet gönüllüleri arasındaki işbirliği aktivitelerini etkileyen faktörler (109).	Haraoka T, Ojima T, Murata C, Hayasaka S.	2008	302 kişi	Afetzedeler ile profesyonel olmayan afet gönülleri arasındaki işbirliği normal zamanlardaki algılanan ciddiyet ile önemli düzeyde ilişkili bulunmuştur ($p<0,001$).
Sıcak hava dalgaları ve iklim değişikliği: Avustralya Adelaide’ki risk algısı ve adaptasyon davranışlarının belirleyicilerini saptamak için Sağlık İnanç Modeli’nden Yararlanma (110).	Akompab A D, Bi P, Williams S, Grant J, Walker A, Augoustinos M.	2012	(30 yaş ile 69 yaş arası) 267 kişi	267 kişinin yaklaşık yarısı (%50,9) sıcak hava dalgaları ile ilgili yüksek risk algısına ve %82,8’i iyi adaptasyon davranışlarına sahiptir. İyi adaptasyon davranışlarına sahip olan bireyler; yüksekokuldan sonra eğitim alanlar, yüksek düzeyde algılanan yarar ve yüksek düzeyde eyleme geçirici skoruna sahip ve yıllık 60,000 dolardan fazla kazananlardır.
İklim değişikliği ve iklim değişkenliği: Adaptasyon ve zarar azaltma için kişisel motivasyon (111).	Semenza J, Ploubidis G, George L.	2008	771 kişi	Gönüllü zarar azaltma çalışmalarında ki kişisel motivasyon; iklim değişikliğinin ciddiyeti, etkileri ve tehlikeler ile ilgili yüksek düzeyde algılanan duyarlılığa bağlı bulunurken, adaptasyon ise iklim değişikliği ile ilgili bilgiye erişimine bağlıdır.

Tablo 2.1. Sağlık İnanç Modeli ve Acil Durumlar/Afetler ile İlgili Çalışmalar. (Devamı)

Çalışma Adı	Araştırmacılar	Çalışmanın Yapıldığı Tarih	Örneklem	Sonuç
Sağlık çalışanları ve afete hazırlık: müdahale aşamasında yer alma isteğini sağlayan kolaylaştırıcı faktörler ve engeller (112).	Ogedegbe C, Nyirenda T, DelMoro G, Yamin E, Feldman J.	2012	5,790 sağlık çalışanı	En büyük engel olarak, çocuk bakmak (%55,0), hayvan bakmak (%34,0) olarak belirtilmektedir. Klinik çalışanları klinikte çalışmayanlara göre daha fazla çocuklara bakmak sorumluluğunu belirtmişlerdir.

Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı acil durumlara/afetlere bireysel hazırlık davranışlarını inceleyen hiç bir çalışmaya rastlanmadığı gibi Pubmed, ISI Web of Science, SSCI, SCIE, Google Scholar, Science Direct Ebsco gibi arama motorlarının taranması sonucu ulusal ve uluslararası çalışmalarda Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı acil durumlara/afetlere bireysel hazırlığı değerlendirmeye ilişkin bir ölçme aracına da rastlanmamıştır.

Ölçeklerle ilgili gerçekleştirilen çalışmalar, çoğunlukla depreme hazırlıkla ilgilidir. Üç çalışma 4 veya 5 madde halinde öz ölçüm yapmıştır (113-115). İki çalışma da depreme hazırlığı değerlendirmek amacıyla 12 ve 27 madde olmak üzere ölçekler geliştirmiştir (116, 117). Ancak bu çalışmaların çok azı ölçeğe ait psikometrik ölçümleri ve güvenirlik analizlerini gerçekleştirmiştir. En fazla güvenirlik katsayısı elde edilen ölçek ve en çok kullanılan, bilinen 27 maddelik Mulilis-Lippa Depreme Hazırlık Ölçeği (Mulilis-Lippa Earthquake Preparedness Scale, MLEPS) dir (118). Bu depreme hazırlık ölçeği, depreme hazırlık ve depreme hazırlık yapmada algılanan zorluğu değerlendirmek amacıyla Mulilis ve Lippa tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek ile bireylerin depreme hazırlık düzeyleri ve hazırlanmanın zorluğu ile ilgili algıları değerlendirilmektedir.

Bir diğer güvenirlik katsayısı yüksek bulunan ve 2006 yılında belirtilen deprem ile ilgili ölçeklerin çeşitli dezavantajlarını öne sürerek Spittal ve arkadaşları tarafından büyük depremler için eve ait hazırlığı değerlendirmek amacıyla Deprem Hazırlığı Ölçeği (The Earthquake Readiness Scale) geliştirilmiştir (119). Bu ölçek, deprem sonrası hayatta kalmak için yapılan aktiviteler ve zarar azaltma çalışmalarının belirleyicilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir.

Afet türü ayrımı yapmadan, daha önce çalışılmamış bir konu üzerinde çalışılarak, literatüre kazandırılmak istenen bu çalışmada; acil durumlarda/afetlerde bireysel hazırlık konusu ele alınarak, Yalova Üniversitesi'nin akademik ve idari personelinin acil durumlara/afetlere bireysel hazırlık davranışlarına ilişkin durumlarının ve bunu etkileyen faktörlerin ortaya konmasını sağlayan Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı geçerli ve güvenilir bir ölçeğin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Sağlık İnanç Modeli ile bireylerin acil durumlara/afetlere hazırlıklı olma davranışlarına engel olan durumlar, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan

yarar, öz yeterlilik ve eyleme geçiriciler tanımlanmaya çalışılacaktır. Acil durumlara/afetlere hazırlıklı olma davranış açıklamaları daha sağlam temeller üzerine oturtulacaktır.



3. GEREÇ-YÖNTEM

3.1 . Araştırmanın Yeri

Araştırma Yalova ili Yalova Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Yalova Üniversitesi 31 Mayıs 2008 tarih ve 26892 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak kurulmuştur. Yalova Üniversitesi bulunduğu şehir itibarıyla İstanbul ve Bursa şehirlerinin arasında olup, Türkiye nüfusunun 1/3 ünün yaşadığı bir bölgede konumlanmıştır. Yalova Üniversitesi bünyesinde toplam 2 enstitü (Sosyal Bilimler Enstitüsü ve Fen Bilimleri Enstitüsü), 5 fakülte (Mühendislik Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İlahiyat Fakültesi ve Sanat ve Tasarım Fakültesi) ve 4 meslek yüksekokulu (Yalova, Armutlu, Çınarcık ve Termal Meslek Yüksekokulları), 1 yüksekokul (Yabancı Diller Yüksekokulu), rektörlüğe bağlı merkezler, birimler ve bölümler yer almaktadır.

3.2 . Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Sağlık İnanç Modeli yaklaşımı ile Yalova Üniversitesi'nin akademik ve idari personelinin acil durumlara/afetlere bireysel hazırlık davranışlarına ilişkin durumları ve bunu etkileyen faktörlerin ortaya konması amacıyla bir ölçek geliştirme çalışması açısından metodolojik türde, acil durumlara/afetlere bireysel hazırlığa ilişkin durumların ve Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı faktörlerin belirlenmesi açısından da tanımlayıcı türde bir alan çalışmasıdır.

3.3 . Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Yalova Üniversitesi'nin tüm akademik ve idari personeli oluşturmaktadır. Yalova Üniversitesi Personel Daire Başkanlığı'ndan edinilen bilgiye göre; Yalova Üniversitesi bünyesinde 420 akademik personel, 202 idari personel bulunmaktadır.

3.4 . Araştırmanın Örneklemi

Ölçek geliştirme çalışmalarıyla ilgili literatürde ölçek geliştirilen her bir ölçek maddesi başına 3-10 kişi alınması önerilmektedir (120). Bu çalışmada da her bir

madde başına 3 ila 10 kişi alınması planlanmıştır. Veriler hafta içi araştırmanın gerçekleştirildiği tarihlerde çalışan, araştırmacı tarafından ulaşılabilen ve çalışmayı kabul eden akademik ve idari personele dağıtılmıştır. Ayrıca anketler e-posta yolu ile tüm akademik ve idari personele gönderilerek araştırmanın evrenine ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak, araştırmaya katılmayı kabul eden, verileri eksiksiz dolduran toplam 286 akademik ve idari personel verisi ile ölçek geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Her bir ölçek maddesi başına yaklaşık 5 kişi alınmıştır ($60 \times 4,7 = 286$).

3.5 . Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini, Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı ölçek ve ölçek puan ortalamaları ile 6 alt boyut puan ortalamaları oluştururken;

Bağımsız değişkenlerini ise; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk olup olmadığı, gelir durumu, öğrenim durumu, çalışma yerindeki pozisyonu (görev unvanı), ev sahibi olma durumu, daha önce acil durum/afet yaşama durumu, 1999 Marmara depremini yaşama durumu, acil durumlara/afetlere hazırlıklı olma, bireysel acil durum/afet çantası bulundurma durumu ve acil durumlar/afetler konusunda eğitim alma durumu oluşturmaktadır.

3.6 . Araştırmada Kullanılan Terimlerin ve Kriterlerin Tanımları

Acil Durum: Acil durum ekipleri tarafından küçük bir tehlikeye yanıt verildiğinde ekiplerin kapasitesinin aşılmaması durumunda can, mal ve çevre üzerinde meydana gelen kötü etkilerdir (12).

Afet: Etkilenen toplumun yalnızca kendi kaynaklarını kullanarak başa çıkma yetisini aşan, yaygın insani, maddi ya da çevresel kayıplara sebebiyet vererek toplumun işlevini ciddi şekilde aksatan olay anlamına gelir (13).

Acil Durum ve Afet Çantası: Ev halkının, afet ve acil durumlarda ihtiyaç duyabileceği temel maddeleri bir araya topladığı, acil durum/afet anında kolayca ulaşılabilir bir yerde ve taşınabilir boyutta olan, 6 ayda bir kontrol edilmesi gereken çantadır (121).

Acil durum ve afet çantasında şunlar olabilir (122):

- Nakit para,
- Kâğıt, Kalem,
- Battaniye ve uyku tulumu,
- Pilli radyo, el feneri ve yedek piller,
- Kişisel ilk yardım çantası ve devamlı kullandığınız ilaçların yedekleri ve reçeteleri,
- Hijyen paketi (sabun, dezenfektan jel, diş fırçası ve macunu, ıslak mendil, tuvalet kâğıdı vb)
- Kimlik, tapu, ruhsat, pasaport, banka hesap cüzdanları, sigorta poliçeleri gibi önemli evrakların fotokopileri ve aile fertlerinin güncel fotoğrafları (su geçirmez poşette),
- Koruyucu elbiseler, sağlam ayakkabılar ve yağmurluk,
- Makas, koli bandı, plastik/naylon örtü,
- Çakı, düdük, çadır
- Yeterince su ve yiyecek maddesi,
- Ailenizin otomobili varsa yedek anahtarı.
- Özel durumu olan bireylerin (engelliler, çocuklar, bebekler, yaşlılar vb) ihtiyaçları.

Acil Durumlara/Afetlere Hazırlıklı Olma: Planlama, eğitim ve uygulamalarla herhangi bir tehlikeye karşı hazırlıklı olma, zararları azaltma, müdahale etme ve normal hayata dönmeyi sağlamada iyileştirme için etkin acil durum/afet yönetimi çalışmalarıdır (123).

Aile Afet Planı: Aynı evde yaşayan bireyler tarafından, afetin olası olumsuz etkilerinden korunabilmek veya afeti en az zararla atlatabilmek için afet veya acil

durum sırası ve sonrasında nasıl davranılması, ne yapılması gerektiği gibi konuların önceden planlandığı çalışmalara denir (124).

Aile Afet Planı Kontrol Listesi:

- Çevremizde afet ve acil duruma yol açabilecek durumların neler olduğunu öğrendik.
- Mahallemizde ve binamızda nelerin risk oluşturabileceğini belirledik.
- Eşya kullanımından kaynaklanan riskleri ve bu riskleri nasıl azaltabileceğimizi öğrendik.
- Aile üyeleri bir arada değilse, nasıl haberleşeceğimizi belirledik.
- Afet ve acil durum sonrası aile üyeleri ile nerede buluşacağımızı belirledik.
- Tüm aile üyeleri olarak acil durum telefon numaralarını ve bu numaraların nasıl aranması gerektiğini öğrendik.
- Afet ve acil durum çantamızı hazırladık.
- Zorunlu Deprem Sigortası'nı yaptırdık.
- Afet ve acil durum sırasında tüm aile üyelerinin nasıl davranması gerektiğini belirledik.
- Yaşam alanlarımızda afet öncesi veya sonrasında çıkabilecek yangın risklerini belirledik.
- Yangın sırasında doğru davranış şekillerini öğrendik.
- Tahliye konusunda yeterli bilgi edindik.
- Afet ve acil durumlarda ihtiyaç duyabileceğimiz genel ilkyardım bilgilerini öğrendik.
- Afet ve acil durumlar sonrası çevremize nasıl psikolojik destek sağlayacağımızı öğrendik.

- Afet sonrasında nelere ihtiyaç duyacağımızı ve bu ihtiyaçları nasıl karşılayacağımızı belirledik.

İncinebilirlik (Vulnerability): Bir insanın ya da sosyal grubun herhangi bir tehlikenin etkilerini tahmin etme, zararlarını azaltma, meydana gelmesi halinde sonuçları ile başa çıkma, direnç gösterme ve yaşamı normal hale döndürme konularındaki gerekli kapasite eksikliği (125).

İyileşme Yeteneği (Resilience): Tehlikelerle ve neticeleri ile başa çıkma kapasitesidir (126).

Maruz Kalma (Susceptibility): Tehlikeyle karşılaşılma durumudur (127).

Ölçek: Bireylerin cümle, sıfat ya da ifadeler dizisine gerçek duyguları doğrultusunda tepkide bulunmaları istenir. Bu cümle, sıfat ya da ifadeler listesine denir (128).

Risk: Belirli bir tehlikenin, gelecekte belirli bir zaman süresi içerisinde meydana gelmesi halinde, insanlara, insan yerleşmelerine ve doğal çevreye, bunların zarar veya hasar görülebilirlikleri ile orantılı olarak oluşturabileceği kayıpların olasılığını ifade eder. Riskten veya kayıp olasılığından bahsedebilmek için, belirli büyüklükteki tehlike veya olayın varlığı ve bundan etkilenebilecek değerlerin mevcudiyeti ile bu değerlerin tehlike veya olaydan etkilenme oranları veya zarar görülebilirliklerinin tahmin edilebilmesi gerekmektedir. Afet kayıpları ifadesinden farklı olarak olay olmadan önce, yol açabileceği kayıp ve zararların tahminini ifade eder (129).

Tehlike: İnsan yaşamını ve mal varlığını tehdit eden belirli zamanlarda ve mekânlarda meydana gelerek toplum, çevre ve insanlarda olumsuz etkiler oluşturabilecek fiziksel olaylardır (130).

3.7 . Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırmada veri toplama amacıyla;

1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu
2. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek Taslağı

kullanılmıştır.

1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

Araştırmaya katılmayı kabul eden akademik ve idari personellerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, aylık geliri, öğrenim durumu v.b. sosyodemografik özellikleri ile daha önce afet yaşama, acil durumlara/afetlere yeterince hazırlıklı olma ve acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim alma durumu hakkındaki bilgilerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmış 14 sorudan oluşan bir formdur. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu Ek I'de yer almaktadır.

2. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek Taslağı

Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek Taslağı bu araştırma için araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Çeşitli literatürlerden faydalanılarak Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Taslak Ölçekte yer alacak maddeler belirlenmiştir (1, 3–5, 9, 20, 29, 33, 34, 63, 67–69, 71, 74–76, 78, 80–82, 85, 89, 90, 97, 108–112, 119, 131–153, 156–172). Maddelerin oluşturulması ve araştırmanın yönlendirilmesi sürecinde Sağlık İnanç Modeli'ne dayandırılarak yapılan farklı koruyucu davranışlara yönelik çalışmalardan ve farklı ölçek geliştirme çalışmalarından da yararlanılmıştır (106, 173). Literatür taramasında özellikle uluslararası literatürde yer alan nitel çalışmalar ve depreme hazırlıkla ilgili ölçek çalışmaları değerlendirilmiştir.

Oluşturulan ölçekte bireylerin doğrudan davranışını ölçen maddeler olduğu gibi, tutumlarını ve bilgiyi ölçen maddeler de mevcuttur. Bu maddelerin davranışların gerisindeki yönlendirici güçler olduğu bilindiğinden, davranışların ön kestirimleri yapılabilecek, ilgili faktörler saptanarak kontrol altına alınması sağlanabilecektir. Bu şekilde istenilen eylemin (afetlere hazırlıklı olma) sağlanması mümkün olabilir.

Ölçekteki maddeler Sağlık İnanç Modeli'nin 6 alt grubuna uygun şekilde oluşturulmaya çalışılmıştır. Ölçekte “Algılanan Duyarlılık” alt boyutu için 9 madde, “Algılanan Ciddiyet” alt boyutu için 5 madde, “Algılanan Yarar” alt boyutu için 5 madde, “Algılanan Engel” alt boyutu için 19 madde, “Eyleme Geçiriciler” alt boyutu için 7 madde, “Öz yeterlilik” alt boyutu için ise 15 madde olmak üzere toplam 60 madde bulunmaktadır.

Belirlenen maddelerden 27 madde olumlu (1, 2, 3, 5, 8, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 59), 33 madde olumsuz (4, 6, 7, 9, 11, 12, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 43, 48, 49, 53, 57, 58, 60) ifadelerden oluşmaktadır. Olumsuz soruların puanlaması tersten yapılmıştır. Ölçekte Likert tipi ölçekleme kullanılmıştır. Taslak ölçekte yer alan maddeler 1-5 arasında değer almaktadır. 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.

Ölçek taslağının uygulama süresi yaklaşık 12 dakikadır. Ölçek Taslağı Ek II'de yer almaktadır.

3.8 . Kullanılan Gereçler

3.8.1. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek Taslağında Yer Alan Maddelerin Seçimi

Acil durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek Taslağının oluşturulmasında; araştırmacı tarafından alan ile ilgili literatür taraması sonucunda

87 maddelik madde havuzu oluşturulmuştur (1, 3-5, 9, 20, 29, 33, 34, 63, 67-69, 71, 74-76, 78, 80-82, 85, 89, 90, 97, 108-112, 119, 131-153, 156-172). Ölçekte kullanılması tasarlanan madde sayısının en az 3-4 katı kadar maddenin veya olanak varsa daha fazlasının madde havuzunda oluşturulması önerilmektedir (173, 174). Bu çalışma sonucunda elde edilecek ölçek için tahmin edilen veya standart sayıda bulunan madde sayısı 30 ila 35 olarak düşünülmüştür. Literatür sonucu elde edilen 87 maddelik madde havuzu tahmin edilen madde sayısının yaklaşık üç katını oluşturmaktadır. Bu madde havuzu önce 6 afet alan uzmanı görüşüne sunulmuştur. Ölçeğin kapsam geçerliği için uzman görüşleri alınmıştır.

Uzmanların, maddelerin uygunluğunu değerlendirmeleri için her bir ifadeyi 1 (uygun değil, çıkarılsın) ile 4 (tamamen uygun) arasında puanlamaları ve her bir maddeye ilişkin görüş ve önerilerini açıkça yazmaları istenmiştir. Afet alan uzmanlarından gelen bildirimler sonucu tekrarlandığı, benzer olduğu belirtilen ifadeler 87 maddelik madde havuzundan çıkarılarak 78 maddeye düşürülmüştür. 78 maddelik madde havuzu için afet alan uzman görüşlerinin değerlendirilmesi Davis tekniği dikkate alınarak yapılmıştır. Davis tekniği uzman görüşlerini (a) uygun, (b) madde hafifçe gözden geçirilmeli, (c) madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve (d) madde uygun değil şeklinde dörtlü derecelendirerek değerlendirmektedir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek, maddeye ilişkin Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) elde edilmektedir ve bu değeri istatistiksel bir ölçütle karşılaştırmak yerine; 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir ve Kapsam Geçerlik Oranı 0,80 değerinin altında bulunan madde veya maddelerin taslak ölçekten çıkarılması gereklidir (175,176).

Bu teknik uzman sayısının arttıkça, KGİ'nin düşme eğilimi göstermesi konusunda eleştirilmektedir. 10 uzman ile bir madde konusunda anlaşma sağlamak iki uzmana göre daha zordur (176). Bu teknikte, iki uzmanın uygun olmayan bir maddeyi uygun olarak oylaması sonucunda, maddenin %25 düzeyinde uygun olması sonucu beklenir. Bu şans faktörünün ortadan kalkması için Lynn standart oran hatası (standard error of the proportion) kriteri geliştirmiştir ve Lynn, 6 uzman varsa sadece

bir uygun değil sonucunun (0,83), 9 uzman var ise iki uygun değil sonucunun (0,78) olması gerektiğini belirtmektedir (177).

Afet alan uzmanlarından gelen geri bildirimler doğrultusunda geręekleřtirdięimiz kapsam geğerliği çalışması sonucu Tablo 3.1’de yer almaktadır. ölme aracının (tüm maddelerin) KGİ 0,88 dır. Bu alışma sonucu 16 madde ölçme aracından çıkarılmıştır. Çıkarılan maddeler sonrası belirlenen KGİ ise 0,94 dür.



Tablo 3.1. Davis Tekniği ile Kapsam Geçerlik Çalışması.

Madde No	Uzmanlardan (uygun+madde hafifçe gözden geçirilmeli)diyenlerin toplamı	Uzman katılımcı toplamı	KGO
Algılanan Duyarlılık			
1. Önümüzdeki birkaç yıl içinde Acil durum/Afet yaşama ihtimalim çok yüksektir.	5	6	0,83
2. Yaşamımın herhangi bir döneminde Acil durum/Afet yaşayacağımı düşünürüm.	5	6	0,83
*3. Yaşadığım bölgenin hangi Acil durumlarla/Afetlerle sıklıkla karşılaştığımı bilmiyorum.	4	6	0,66
4. Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta bina dayanıklılığını artırmak benim için önemlidir.	6	6	1,00
5. Acil durumlar/Afetler ile ilgili karşılaşılabileceğim tehlikelerin farkındayım.	4	6	0,66
*6. Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta acil durum/afet çantası hazırlamayı önemsemem.	6	6	1,00
7. Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olmak için yetkili eğitim merkezlerinden ilk yardım eğitimi alırım.	6	6	1,00
*10. Yakın çevrem ile acil durumlarda/Afetlerde gerekli acil iletişim numaraları konusunda konuşmayı gerekli bulmuyorum.	5	6	0,83
*11. Evdeki sabitlenecek eşyaları sabitlemeyi gereksiz buluyorum.	5	6	0,83
Algılanan Ciddiyet			
12. Acil durum/Afet yaşama ihtimalini düşünmek beni korkutur.	6	6	1,00
13. Acil durumlar/Afetler anında ve sonrasında deneyimleyeceğim psikolojik problemler çok uzun süre devam edecek.	4	6	0,66
*14. Acil durum/Afet yaşarsam hayatımda hiçbir şey değişmeyecek.	5	6	0,83

Kırmızı ifadeler ölçme aracından çıkarılan maddeler

** Olumsuz ifadeler*

Tablo 3.1. Davis Tekniği ile Kapsam Geçerlik Çalışması. (Devamı)

Madde No	Uzmanlardan (uygun+madde hafifçe gözden geçirilmeli)diyenlerin toplamı	Uzman katılımcı toplamı	KGO
Algılanan Ciddiyet			
*15. Acil durumlar/Afetler sonucu sevdiğlerimi kaybetmekten korkmam.	5	6	0,83
16. Acil durumlardan/Afetlerden en az düzeyde zarar görebilmek için düzenli tatbikat yaparım.	6	6	1,00
17. Acil durumlar/Afetler sonucunda ölmekten korkarım.	6	6	1,00
Algılanan Yarar			
18. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yaptığımda kendimi güvende hissederim.	5	6	0,83
*19. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak afetler sonrası yaşayacağım maddi-manevi zararları azaltmaz.	6	6	1,00
20. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak acil durumlar/afetler sonrası ölme ihtimalimi azaltabilir.	6	6	1,00
21. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak aile bireylerimi de koruyacaktır.	6	6	1,00
22. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak acil durumlarda/afetlerde ihtiyaçlarıma karşılık verecektir.	6	6	1,00
*23. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak, beni tedirgin eder.	4	6	0,66
Algılanan Engeller			
24. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmaktan kaçınmam.	6	6	1,00
*25. Çocuklarım/yakınlarım/arkadaşlarım acil durumlara/afetlere hazırlık yapmamı istemezler.	6	6	1,00
*26. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmaktan çok daha önemli sorumluluklarım var.	6	6	1,00
*27. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak için yeterli param yok.	6	6	1,00

Kırmızı ifadeler ölçme aracından çıkarılan maddeler

** Olumsuz ifadeler*

Tablo 3.1. Davis Tekniği ile Kapsam Geçerlik Çalışması. (Devamı)

Madde No	Uzmanlardan (uygun+madde hafifçe gözden geçirilmeli)diyenlerin toplamı	Uzman katılımcı toplamı	KGO
Algılanan Engeller			
28. Acil durum/Afet eğitimleri yeterince veriliyor.	6	6	1,00
29. Acil durumlara/ Afetlere ben herkesten daha çok hazırlıklıyım.	6	6	1,00
*30. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak çok fazla zamanımı alır.	6	6	1,00
*31. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak için zaten yeterli bilgim var.	6	6	1,00
*32. Acil durumlar/Afetler için yapabilecek bir şey olduğuna inanmıyorum.	6	6	1,00
*33. Kaderimde Acil durumlarda/Afetlerde ölmek varsa ölürüm.	6	6	1,00
*34. Kiracı olduğum / Evim müsait olmadığı için Acil durumlarda/Afetlerde eşyaları sabitlemek mümkün olmuyor.	6	6	1,00
*35. Aile afet planı bireyin hazırlayamayacağı kadar gereksiz ayrıntılıdır.	6	6	1,00
*36. Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olmak için bireysel hazırlık yapmayı gereksiz buluyorum.	6	6	1,00
*37. Acil durumlar/Afetler için herhangi bir sigorta yaptırmayı gereksiz buluyorum.	4	6	0,66
*38. Afete Hazırlık- Temel Afet Bilinci eğitimlerini almak için çaba harcamayı gereksiz buluyorum.	6	6	1,00
39. Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olma konusunda yalnızca devletin-yerel yönetimlerin rolü vardır.	4	6	0,66
*40. Aile için afet planının anlaşılması zordur.	6	6	1,00

Kırmızı ifadeler ölçme aracından çıkarılan maddeler

** Olumsuz ifadeler*

Tablo 3.1. Davis Tekniği ile Kapsam Geçerlik Çalışması. (Devamı)

Madde No	Uzmanlardan (uygun+madde hafifçe gözden geçirilmeli)diyenlerin toplamı	Uzman katılımcı toplamı	KGO
Algılanan Engeller			
*41. Acil durumlara/Afetlere hazır olma durumum için tatbikat yapmak bana zor gelir.	6	6	1,00
*42. Aile için afet planının yararlı olduğuna inanmıyorum.	6	6	1,00
*43. Aile için afet planını uygulamaya geçirmek bana zor geliyor.	5	6	0,83
*44. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak bana zor geliyor.	6	6	1,00
*45. Acil durumlar/Afetler sonrası devlet/yerel yönetimler nasıl olsa gerekli ihtiyaçlarımı karşılar.	6	6	1,00
*8.Yaşadığım yerde Acil durum/Afet olmaz.	5	6	0,83
*9. Acil durum/Afet olursa bana bir şey olmaz.	5	6	0,83
Eyleme Geçiriciler			
*46. Aile üyelerim Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni bilgilendirmezler.	6	6	1,00
47. Arkadaşlarım Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni aydınlatırlar.	6	6	1,00
48. Fikirlerine önem verdiğim insanlar acil durumlara/afetlere hazırlıklı olma konusunda beni yönlendirirler.	6	6	1,00
49. Acil durum/Afet konusundaki politikalar beni Acil Durumlar/Afetler konusunda hazırlıklı olmaya teşvik ederler.	6	6	1,00
*50. Kitapçıklar, gazeteler, broşürler beni yeterince bilgilendirmezler.	5	6	0,83
*51. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak iyi hissetmemi sağlamaz.	5	6	0,83

Kırmızı ifadeler ölçme aracından çıkarılan maddeler

** Olumsuz ifadeler*

Tablo 3.1. Davis Tekniği ile Kapsam Geçerlik Çalışması. (Devamı)

Madde No	Uzmanlardan (uygun+madde hafifçe gözden geçirilmeli)diyenlerin toplamı	Uzman katılımcı toplamı	KGO
Eyleme Geçiriciler			
52. Acil durumlara/Afetlere hazırlık ile ilgili televizyon ve radyo haberlerini dinlerim.	4	6	0,66
53. Daha önce yaşadığım Acil durumlar/Afetler yüzünden, Acil durumlar/Afetler esnasında neler yapacağımı biliyorum.	6	6	1,00
*54. Devlet-Yerel yönetimler Acil durumlara/Afetlere hazırlıkla ilgili bilgilendirme konusunda yetersizdir.	4	6	0,66
55. Acil durumları/Afetleri geceleri yaşamaktan korkuyorum.	5	6	0,83
Öz yeterlilik			
56. Bireysel acil durum/afet çantasını eksiksiz hazırlayabilirim.	6	6	1,00
57. Temel ilk yardım uygulayabilirim.	6	6	1,00
*58. Yangın söndürme cihazını kullanamam.	5	6	0,83
59. Acil durum/afetle ilgili sivil toplum kuruluşlarına/örgütlerine üye olup üye olmaktan kaynaklanan görevlerimi yapabilirim.	4	6	0,66
*60. Mahallemde yaşayanlarla birlikte Acil durumlar/Afetler ile ilgili tahliye planı oluşturamam.	6	6	1,00
61. Acil durum/afet sonrası ihtiyacım olursa psikolojik destek almak için gerekli hizmete erişebilirim.	6	6	1,00
62. Yangın çıkmasına neden olacak tehlikeleri belirleyebilirim.	6	6	1,00
63. Yaşadığım bölgede Acil durumlar/Afetler ile ilgili karşılaşılabileceğim tehlikelerle başa çıkabilirim.	4	6	0,66
64. Evde sabitlenmesi gereken eşyaları sabitleyebilirim.	6	6	1,00
*65. Basit düzeyde olsa dahi arama-kurtarma yapamam.	5	6	0,83

Kırmızı ifadeler ölçme aracından çıkarılan maddeler

* Olumsuz ifadeler

Tablo 3.1. Davis Tekniği ile Kapsam Geçerlik Çalışması. (Devamı)

Madde No	Uzmanlardan (uygun+madde hafifçe gözden geçirilmeli)diyenlerin toplamı	Uzman katılımcı toplamı	KGO
Öz yeterlilik			
*66. Evimin/Binamızın sel tehlikesinde olup olmadığını belirleyemem.	4	6	0,66
67. Evimin/Binamızın heyelan tehlikesinde olup olmadığını belirleyebilirim.	4	6	0,66
*68. Evimin/Binanın depreme dayanıklı olup olmadığını belirleyemem.	4	6	0,66
69. Depremden korunmak için yaşadığım evde/binada güvenli yer belirleyebilirim.	6	6	1,00
*70. Elektrik sigortasının yerini bilmiyorum.	4	6	0,66
71. Elektrik sigortasını kapatabilirim.	5	6	0,83
*72. Su vanasının yerini bilmiyorum.	4	6	0,66
73. Su vanasını kapatabilirim.	6	6	1,00
74. Gaz vanasının yerini biliyorum.	4	6	0,66
75. Gaz vanasını kapatmayı bilmiyorum.	6	6	1,00
*76. Bir afet sonrasında yerel yetkililerce belirlenmiş olan sığınak yerini bulamam.	5	6	0,83
77. Bir afet sonrasında aile bireylerinin yeniden bir araya gelebileceği bir toplanma yeri belirleyebilirim.	5	6	0,83
*78. Oturduğum yere en yakın sağlık merkezinin yerini bilmiyorum.	5	6	0,83

Kırmızı ifadeler ölçme aracından çıkarılan maddeler

** Olumsuz ifadeler*

78 maddelik madde havuzu aynı zamanda iki eğitim alan uzmanı tarafından maddelerin alt boyutlara uygunluğu açısından değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler sonucunda;

“Yaşadığım bölgenin hangi Acil durumlarla/Afetlerle sıklıkla karşılaştığını bilmiyorum.”

“Acil durumlar/Afetler anında ve sonrasında deneyimleyeceğim psikolojik problemler çok uzun süre devam edecek.”

“Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yaptığımda kendimi güvende hissetmek adına bir şey yaparım.”

“Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak, beni tedirgin eder.”

“Acil durumlar/Afetler için herhangi bir sigorta yaptırmayı gereksiz buluyorum.”

“Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olma konusunda yalnızca devletin-yerel yönetimlerin rolü vardır.”

“Acil durumlara/Afetlere hazırlık ile ilgili televizyon ve radyo haberlerini dinlerim.”

“Devlet-Yerel yönetimler Acil durumlara/Afetlere hazırlıkla ilgili bilgilendirme konusunda yetersizdir.”

“Acil durum/afetle ilgili sivil toplum kuruluşlarına/örgütlerine üye olup üye olmaktan kaynaklanan görevlerimi yapabilirim.”

“Elektrik sigortasının yerini bilmiyorum.”

“Su vanasının yerini bilmiyorum.”

“Gaz vanasının yerini biliyorum.”

maddelerinin Sağlık İnanç Modeli’ndeki alt boyutlara uygun olmadığına karar verilmiştir. Bu maddeler Davis tekniğinde elenen maddelerle uyum göstermektedir. Aynı zamanda, eğitim alanı uzmanları tarafından; “Eyleme Geçiriciler” alt boyutunda yer alan “Acil durumlara/afetlere hazırlık yapmak iyi hissetmemi sağlamaz” maddesi “Algılanan Engeller” alt boyutuna, “Algılanan Engeller” alt boyutunda yer alan “Yaşadığım yerde acil durum/afet olmaz” ve “Acil durum/Afet olursa bana bir şey olmaz” maddelerinin ise “Algılanan Duyarlılık” alt boyutunda değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Bahsedilen maddeler dışında;

“Acil durum/Afet eğitimleri yeterince veriliyor.”

“Acil durumlara/ Afetlere ben herkesten daha çok hazırlıklıyım.”

İki madde daha eğitim alan uzmanları tarafından alt boyutlara uygun görülmemiştir. 78 maddelik madde havuzu kapsam geçerliği çalışması sonucu 62 maddeye indirgenmiş ve eğitim alan uzmanları değerlendirmesi sonucunda da 60 maddelik taslak ölçek Türk Dili Uzmanı görüşüne sunulmuştur.

60 maddelik taslak ölçek bir Türk Dili Uzmanı tarafından ifadelerin anlaşılabilirliği ve Türk Dili'ne uygunluğu açısından değerlendirilmiştir. Türk Dili Uzmanı tarafından;

“Yaşamımın herhangi bir döneminde Acil durum/Afet yaşayacağımı düşünürüm.” cümlesi

“Yaşamımın herhangi bir döneminde Acil durum/Afet yaşayacağımı göz önünde bulundururum” olarak,

“Yakın çevrem ile acil durumlarda/Afetlerde gerekli acil iletişim numaraları konusunda konuşmayı gerekli bulmuyorum.” cümlesi

“Yakın çevrem ile acil durumlarda/Afetlerde gerekli acil iletişim numaraları hakkında konuşmayı gerekli bulmuyorum.” olarak,

“Evdeki sabitlenecek eşyaları sabitlemeyi gereksiz buluyorum.” cümlesi

“Evdeki sabitlenebilecek eşyaları sabitlemeyi gereksiz buluyorum.” olarak,

“Acil durumlardan/Afetlerden en az düzeyde zarar görebilmek için düzenli tatbikat yaparım.” cümlesi

“Acil durumlardan/Afetlerden görülebilecek zararları en aza indirmek için düzenli tatbikat yaparım.” olarak,

“Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak acil durumlar/afetler sonrası ölme ihtimalimi azaltabilir.” cümlesi

“Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak acil durumlar/afetler sonrası ölüm riskini azaltabilir.” olarak,

“Aile afet planı bireyin hazırlayamayacağı kadar gereksiz ayrıntılıdır.” cümlesi

“Aile afet planı bireyin hazırlayamayacağı kadar gereksiz ayrıntılarla doludur.” olarak

“Acil durumlara/Afetlere hazır olma durumum için tatbikat yapmak bana zor gelir.” cümlesi

“Acil durumlara/Afetlere hazır olma adına tatbikat yapmak bana zor gelir.” olarak değiştirilmesi uygun görülmüştür. Uzmanlar listesi Ek III’de yer almaktadır.

Ölçek taslağının, ölçeğin psikometrik özellikleri üzerinde belirleyici etkiye sahip olmasından ötürü hedef kitleyi temsil edecek özelliklere sahip bir örneklem grubunda deneme uygulamasının yapılması gerekliliği önerilmektedir (173, 174). Düzenlemelerden sonra oluşturulan ölçek taslağının maddelerin anlaşılabilirliği ve işlevliliğini saptamak amacıyla ölçeğin uygulanacağı gruba benzer özellikleri taşıyan (Üniversite bünyesinde çalışan akademik ve idari personeller) 21 kişi ile ön uygulaması yapılmıştır. Görüşmeler sonrası anlaşılmadığı ifade edilen bir madde taslak ölçekte olumlu ifade haline getirilmiştir.

Taslak ölçek 60 madde ile örneklem grubuna uygulanmak üzere hazır hale getirilmiştir.

3.8.2. Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek Taslağının Psikometrik Uygunluğu

Geçerlik:

Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek taslağı için kullanılan geçerlik teknikleri ve yapılan işlemler Tablo 3.2’de gösterilmektedir.

Tablo 3.2. Ölçeğin Geçerlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler.

Geçerlik Tekniği	Geçerlik Tekniği İçin Yapılan İşlemler
“Kapsam Geçerliği”	Uzman Görüşü Alma
“Ölçüte Bağlı Geçerlik” Yordama Geçerliği	Ölçek Toplam Puanı ve Ölçeğin Alt Boyutları Puanları ile Hazırlıklı Bulunma (Bireysel Hazırlık Çantası Bulundurma) Arasındaki İlişkiyi Değerlendirme
“Yapı-Kavram Geçerliği” Faktör Analizi Çözümlemesi	Açımlayıcı Faktör Analizi Doğrulayıcı Faktör Analizi

Güvenirlilik:

Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek taslağı için kullanılan güvenirlik teknikleri ve yapılan işlemler Tablo 3.3’de gösterilmektedir.

Tablo 3.3. Ölçeğin Güvenirlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler.

Güvenirlik Tekniği	Güvenirlik Tekniği İçin Yapılan İşlemler
“Ölçmenin Standart Hatası”	Standart Hatayı Saptama (Madde Puanlarının)
“İç Tutarlık” İç Tutarlık Katsayısı (Madde Çözümlemesi) Madde Analizi Test-Tekrar Test Güvenirlik Analizi	Cronbach Alpha Katsayısı Hesaplama Madde - Toplam Korelasyon Katsayısı İçin Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Hesaplama Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi

3.9 . Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Yalova Üniversitesi’nin akademik ve idari personelinin bir kısmına veri formları teslim edilerek, bir kısmı ile yüz yüze görüşülerek ve e-posta yolu ile Ek I, Ek II formlar doldurulmuştur.

“Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçeği”n güvenilirliği için güvenilirlik tekniklerinden biri olan test tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Bu analiz ile testin zamana karşı değişmezlik özelliğinin değerlendirilmesi sağlanır (173). Ayrıca bu analiz, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme gücünün ölçüsü olarak ifade edilmektedir (174). İki ölçüm arasında iki-dört haftalık bir zaman diliminin olması ve uygulamanın en az 30 kişi üzerinden gerçekleştirilmesi ifade edilmektedir (128, 173). Bunun için örneklemdaki 30 kişiye ilk uygulamadan 3 hafta sonra “Sağlık

İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek'' taslağı tekrar uygulanmıştır.

Veri toplama araçlarının doldurulması yüz yüze görüşme ile yaklaşık 15 dakika zaman almıştır. Veri toplama işlemi 15 Nisan 2014–10 Temmuz 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veriler hafta içi araştırmanın gerçekleştirildiği tarihlerde görevli olan, araştırmacı tarafından ulaşılabilinen ve çalışmaya katılmayı kabul eden akademik ve idari personele dağıtılmıştır. Araştırmayı kabul eden ancak itibarı ile uygun zamanı olmadığını belirten personele veri formları teslim edilerek, daha sonraki gün veya günler araştırmacı tarafından geri toplanmıştır. Ayrıca anketler e-posta yolu ile tüm akademik ve idari personellere gönderilerek araştırmanın evrenine ulaşılmaya çalışılmıştır.

Veri toplama araçları, araştırmaya katılmayı kabul eden personele bilgilendirilmiş onam formu ve sözel olarak gerekli bilgiler (araştırmanın amacı, cevapların gizliliği ve form hakkındaki genel bilgiler) aktarıldıktan sonra araştırmacı tarafından verilmiştir. Akademik ve idari personellere ulaştırılan e-postada araştırmanın amacı, cevapların gizliliği ve form hakkındaki genel bilgiler belirtilmiştir.

3.10. Verilerin Analizi

Araştırma verileri araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak istatistik danışman desteğinde SPSS 17.0 paket programı ve LISREL 8.7 programı kullanılarak analiz edilmiş olup, kullanılan istatistik yöntemler Tablo 3.4'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Ölçeğin güvenirlik çalışması için 60 maddenin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında korelasyon katsayısının 0,70 ile 1,00 arasında olması yüksek, 0,69 ile 0,30 arasında olması orta, 0,29 ve altında olması düşük düzeyde ilişki olduğu şeklinde yorumlanmıştır (178). Düşük korelasyonlara sahip maddeler çıkartılmış ve nihai ölçeğe alınmamıştır (174).

Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla gerçekleştirdiğimiz açımlayıcı faktör analizinin uygunluğu, Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett

Küresellik Testi ile sınanmıştır. KMO değeri, eldeki verilerin faktör çıkarmak için uygun olup olmadığının bir ölçütüdür. Faktörleşebilirlik için bu değerin 0,60'ın üzerinde olması, iyi bir faktör analizi için ise KMO ölçüsünün 0,80'den fazla olması beklenmektedir (179). Barlett Küresellik testi ise, değişkenler arasında ilişki olup olmadığını kısmi korelasyonlar temelinde inceler. Hesaplanan χ^2 istatistiğinin anlamlı çıkması, veri matrisinin uygun olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir (178).

Ölçek taslağının faktör yapısının incelenmesi amacı ile Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax Rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Faktör yük değerleri maddelerin faktör ile olan ilişkisini açıklamaktadır. Faktör yük değeri için uygulamada sıklıkla 0,40 ve üzeri değerlerin alınması gerektiği ifade edilmektedir (173). Araştırmada 0,40 ve üzeri faktör yükleri dikkate alınmıştır.

Faktör analizinde dikkate alınan faktör sayısı (boyut sayısı) değeri 1'den büyük özdeğer sayısının dikkate alınması ile belirlenmiştir (180).

Ölçeğin güvenilirliğini saptamak ve ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach Alfa katsayısından yararlanılmaktadır. Ölçeğin Alfa katsayısı yüksek ise ölçekte bulunan maddelerin belirtilen ölçüde birbirleriyle tutarlı olduğu sonucuna varılır. Cronbach Alfa katsayısının 0,40'ın altında olması ölçeğin güvenilir olmadığı, 0,40-0,59 arası düşük güvenilirlikte, 0,60-0,79 arası oldukça güvenilir ve 0,80-1,00 arası ise yüksek güvenilirlikte olduğu şeklinde yorumlanmıştır (173, 174).

Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda RMSEA değerinin 0.05–0.08 aralığında olması kabul edilebilir düzeyde uyum, CFI ve NNFI değerleri için 0.80 ve üzeri kabul edilebilir bir değer olarak kabul edilmiştir (181).

Ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları ile bağımsız değişkenler karşılaştırıldığında, $p < 0,05$ anlamlı olarak yüksek, $p < 0,01$ çok anlamlı düzeyde yüksek ve $p < 0,001$ ise çok ileri düzeyde yüksek olarak tanımlanmıştır.

Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistik Yöntemler.

İncelenecek Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Taslak ölçeğin test-tekrar test güvenirlik analizi	Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi
Taslak ölçeğin yapı geçerliği: ölçek alt boyutlarının belirlenmesi	Açımlayıcı faktör analizi Doğrulayıcı faktör analizi
Taslak ölçek ve alt boyutlarının güvenirlik için iç tutarlığı	Cronbach Alfa katsayısı
Taslak ölçeğin güvenirliği için madde-toplam puan analizi	Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi
Taslak ölçeğin madde puanlarının tanımlayıcı özellikleri	Ortalama puan, standart hata, standart sapma
Ölçek ve alt boyutlarının tanımlayıcı özellikleri	Alt sınır, üst sınır, ortalama puan ve standart sapma
Akademik ve idari personelin sosyo-demografik değişkenleri	Sayı ve yüzde dağılımı
Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçeğin ve 6 alt boyut puan ortalamalarının; bağımsız değişkenler ile karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (İleri analiz olarak Tukey HSD analizi) Bağımsız gruplarda t testi Lineer Regresyon

3.11. Araştırmanın Etik Konuları

Çalışmaya başlamadan önce Yalova Üniversitesi Rektörlüğü'nden çalışmak için yazılı izin alınmıştır. Aynı zamanda Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır. İzin yazıları Ek IV'te yer almaktadır.

Araştırmaya katılacak akademik ve idari personele çalışmanın amacı açıklanarak, bilgilerin gizli kalacağı ifade edilmiş ve gönüllü olmalarına özen gösterilmiştir.



3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Araştırmanın çalışma çizelgesi Tablo 3.5’de ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

Tablo 3.5. Araştırmanın Çalışma Çizelgesi.

	Ekim 2013- Ocak 2014	Şubat 2014- Mayıs 2014	Haziran 2014- Eylül 2014	Ekim 2014-Ocak 2015	Şubat 2015- Mayıs 2015	Nisan 2015- Temmuz 2015
Araştırma konusunun belirlenmesi						
Literatür taraması						
Ölçek için madde havuzunun oluşturulması						
Tez önerisi yazımı						
Maddeler için uzman görüşlerinin alınması						
Araştırmanın ön uygulamasının yapılması						
Araştırma verilerinin toplanması						
Araştırma verilerinin analizinin yapılması						
Tezin yazılması						
Tezin sunumu 17.06.2015						

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular iki başlık altında incelenmiştir.

- I. Ölçek geliştirme çalışmasına ilişkin bulgular,
- II. Araştırmaya katılan kişilerin kişisel ve acil durumlara/afetlere hazırlık durum değişkenlerine ait bulgular

4.1 . Ölçek Geliştirme Çalışmasına İlişkin Bulgular

Bu araştırmada, bir ölçek geliştirme çalışması için gereken ve izlenen adımlar aşağıda sıralanmıştır.

- Araştırmanın ilk aşamasında; Sağlık İnanç Modeli'nin alt başlıkları dikkate alınarak bunlara uygun literatür taraması ile oluşturulmuş yarı yapılandırılmış bir ölçek olan 87 maddelik madde havuzu oluşturulmuştur.
- Araştırmanın ikinci aşamasında, taslak ölçeğin geçerlik güvenirliği ile ilgili çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada izlenen adımlar;
 - Kapsam geçerliği açısından, oluşturulan madde havuzunun uzman görüşüne sunulması,
 - İfadelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere bir pilot uygulama yapılması,
 - Maddeler arasındaki uyumluluğu değerlendirmek amacıyla 3 hafta sonra test-tekrar test yapılması,
 - Güvenirlik çalışması için, toplam puan ile maddeler arasındaki ilişkinin madde analizi ile değerlendirilmesi,
 - Yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla açımlayıcı faktör analizinin yapılması ve alt gruplardaki madde dağılımının yapısal eşitlik modellemesi için doğrulayıcı faktör analizinin yapılması,
 - Güvenirlik açısından, iç tutarlık analizi için Cronbach Alfa katsayısının belirlenmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir.

Kapsam Geçerliği

Literatür taraması sonucu elde edilen ‘‘Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Taslak Ölçeği’’n madde havuzu kapsam geçerliği açısından değerlendirilmek üzere 6 afet alan uzmanı, 2 eğitim alan uzmanı ve 1 Türk Dili uzmanı görüşüne sunularak (Ek III), maddelerin anlaşılrlığı ve konuya uygunluğunu değerlendirmeleri istenmiştir. Afet alan uzmanları, maddelerin uygunluğunu değerlendirmek için, her ifadeyi 1 (uygun değil, çıkarılsın) ile 4 (tamamen uygun) arasında puanlamışlardır. Madde havuzu; iki eğitim alanı uzmanı tarafından maddelerin alt boyutlara uygunluğu ve anlaşılrlığı, bir Türk Dili Uzmanı tarafından da ifadelerin anlaşılrlığı ve Türk Dili’ne uygunluğu açısından değerlendirilmiştir. Afet alan uzman görüşlerinin değerlendirilmesi Davis tekniği dikkate alınarak yapılmıştır. Davis tekniği çalışması sonucu 16 madde ölçme aracından çıkarılmıştır. Uzmanlar tarafından da alınan geribildirimler doğrultusunda maddeler yeniden değerlendirilip, bazı ifadelerde değişiklikler yapılarak 60 maddelik taslak ölçek hazırlanmıştır.

Taslak ölçek, örneklem grubuyla aynı özellikleri taşıyan 21 kişilik bir gruba pilot uygulama yapılarak ifadelerin anlaşılrlığı yönünden test edilmiş, alınan olumlu geri bildirimler sonucunda ölçek geliştirme çalışmasının diğer aşamalarına geçilmiştir. Pilot uygulama sonucunda, 33 maddenin (olumsuz madde) (4, 6, 7, 9, 11, 12, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 43, 48, 49, 53, 57, 58, 60) tersten puanlanmasına karar verilmiştir.

Taslak Ölçeğin-Test-Tekrar Test Analizi

Çalışmada test-tekrar test güvenilirlik ölçütü için ‘‘Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçeği’’nin taslağı 30 kişiye 3 hafta sonra tekrar uygulanmıştır.

Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile elde edilmiştir. Tablo 4.1’de görüldüğu üzere ‘‘Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek’’ taslağının Pearson Momentler Çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,72 dir. Üç hafta ara ile uygulanan iki ölçüm puanları arasında pozitif

yönde, güçlü ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Taslak Ölçeğin Test-Tekrar Test Sonucundaki Puan Ortalamaları ve Korelasyon Katsayısı (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=30).

Test-Tekrar Test Uygulamaları	Ölçek Taslağı $\bar{X} \pm SS$	r	p
İlk Uygulama	209,96±22,53	0,72	p<0,001
3 hafta ara			
İkinci Uygulama	204,20±40,84		

Madde Analizi

“Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçeği”in taslak şekli 286 kişilik çalışma grubuna uygulandıktan sonra elde edilen madde toplam puan korelasyonları Tablo 4.2’de ayrıntılarıyla belirtilmiştir.

Tablo 4.2. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Taslak Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonları (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Maddeler	Madde-Toplam Katsayısı	Puan	Korelasyon
	r	p	
1.Önümüzdeki birkaç yıl içinde Acil durum/Afet yaşama ihtimalim çok yüksektir.	0,45	0,000	
2. Yaşamımın herhangi bir döneminde Acil durum/Afet yaşayacağımı göz önünde bulundururum.	0,53	0,000	
3. Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta bina dayanıklılığını artırmak benim için önemlidir.	0,43	0,000	
4. Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta acil durum/afet çantası hazırlamayı önemsemem.	0,53	0,000	
5. Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olmak için yetkili eğitim merkezlerinden ilk yardım eğitimi alırım.	0,26	0,000	
6.Yaşadığım yerde Acil durum/Afet olmaz.	0,29	0,000	
7. Acil durum/Afet olursa bana bir şey olmaz.	0,33	0,000	
8. Yakın çevrem ile acil durumlarda/afetlerde gerekli acil iletişim numaraları hakkında konuşurum.	0,30	0,000	
9. Evdeki sabitlenebilecek eşyaları sabitlemeyi gereksiz buluyorum.	0,46	0,006	
10. Acil durum/Afet yaşama ihtimalini düşünmek beni korkutur.	0,44	0,000	
11. Acil durum/Afet yaşarsam hayatımda hiçbir şey değişmeyecek.	0,37	0,000	
12. Acil durumlar/Afetler sonucu sevdiklerimi kaybetmekten korkmam.	0,27	0,000	
13. Acil durumlarda/Afetlerde görülebilecek zararları en aza indirmek için düzenli tatbikat yaparım.	0,28	0,000	
14. Acil durumlar/Afetler sonucunda ölmekten korkarım.	0,40	0,000	
15. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yaptığımda kendimi güvende hissederim.	0,29	0,000	

Kırmızı ifadeler ölçme aracından çıkarılan maddeler

Tablo 4.2. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Taslak Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonları (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286) (Devamı).

Maddeler	Madde-Toplam Katsayısı	Puan	Korelasyon
	r	p	
16. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak afetler sonrası yaşayacağım maddi-manevi zararları azaltmaz.	0,26	0,000	
17. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak acil durumlar/afetler sonrası ölüm riskini azaltabilir.	0,50	0,000	
18. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmam aile bireylerimi de koruyacaktır.	0,56	0,000	
19. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak acil durumlarda/afetlerde ihtiyaçlarıma karşılık verecektir.	0,53	0,000	
20. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmaktan kaçınmam.	0,29	0,000	
21. Çocuklarım/yakınlarım/arkadaşlarım acil durumlara/afetlere hazırlık yapmamı istemezler.	0,25	0,000	
22. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmaktan çok daha önemli sorumluluklarım var.	0,56	0,000	
23. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak için yeterli param yok.	0,41	0,000	
24. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak çok fazla zamanımı alır.	0,44	0,000	
25. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak için yeterli bilgim yok.	0,37	0,000	
26. Acil durumlar/Afetler için yapabilecek bir şey olduğuna inanmıyorum.	0,28	0,000	
27. Kaderimde Acil durumlarda/Afetlerde ölmek varsa ölürüm.	0,52	0,000	
28. Kiracı olduğum/Evim müsait olmadığı için Acil durumlarda/Afetlerde eşyaları sabitlemek mümkün olmuyor.	0,14	0,017	
29. Acil durumlara/Afetlere hazır olma adına tatbikat yapmak bana zor gelir.	0,26	0,000	
30. Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olmak için bireysel hazırlık yapmayı gereksiz buluyorum.	0,28	0,000	

Kırmızı ifadeler ölçme aracından çıkarılan maddeler

Tablo 4.2. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Taslak Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonları (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286) (Devamı).

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	r	p
31. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak iyi hissetmemi sağlamaz.	0,26	0,000
32. Afete Hazırlık - Temel Afet Bilinci eğitimlerini almak için çaba harcamayı gereksiz buluyorum.	0,28	0,000
33. Aile için afet planının anlaşılması zordur.	0,54	0,000
34. Aile için afet planı bireyin hazırlayamayacağı kadar gereksiz ayrıntılarla doludur.	0,29	0,000
35. Aile için afet planının yararlı olduğuna inanmıyorum.	0,29	0,000
36. Aile için afet planını uygulamaya geçirmek bana zor gelir.	0,25	0,000
37. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak bana zor geliyor.	0,28	0,000
38. Acil durumlar/afetler sonrası devlet/yerel yönetimler nasıl olsa gerekli ihtiyaçlarımı karşılar.	0,29	0,000
39. Aile üyelerim Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni bilgilendirmezler.	0,49	0,000
40. Arkadaşlarım Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni aydınlatırlar.	0,39	0,000
41. Fikirlerine önem verdiğim insanlar acil durumlara/afetlere hazırlıklı olma konusunda beni yönlendirirler.	0,45	0,000
42. Acil durum/Afet konusundaki politikalar beni Acil Durumlar/Afetler konusunda hazırlıklı olmaya teşvik ederler.	0,53	0,000
43. Kitapçıklar, gazeteler, broşürler beni yeterince bilgilendirmezler.	0,30	0,000
44. Daha önce yaşadığım Acil durumlar/Afetler yüzünden, Acil durumlar/Afetler esnasında neler yapacağımı biliyorum.	0,51	0,000

Kırmızı ifadeler ölçme aracından çıkarılan maddeler

Tablo 4.2. Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Taslak Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonları (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286) (Devamı).

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	r	p
45. Acil durumları/Afetleri geceleri yaşamaktan korkuyorum.	0,29	0,000
46. Bireysel acil durum/afet çantasını eksiksiz hazırlayabilirim.	0,28	0,000
47. Temel ilk yardım uygulayabilirim.	0,63	0,000
48. Yangın söndürme cihazını kullanamam.	0,57	0,000
49. Mahallemde yaşayanlarla birlikte Acil durumlar/Afetler ile ilgili tahliye planı oluşturamam.	0,44	0,000
50. Acil durum/afet sonrası ihtiyacım olursa psikolojik destek almak için gerekli hizmete erişebilirim.	0,41	0,000
51. Yangın çıkmasına neden olacak tehlikeleri belirleyebilirim.	0,60	0,000
52. Evde sabitlenmesi gereken eşyaları sabitleyebilirim.	0,42	0,000
53. Basit düzeyde olsa dahi arama-kurtarma yapamam.	0,54	0,000
54. Depremden korunmak için yaşadığım evde/binada güvenli yer belirleyebilirim.	0,59	0,000
55. Elektrik sigortasını kapatabilirim.	0,28	0,000
56. Su vanasını kapatabilirim.	0,29	0,000
57. Gaz vanasını kapatmayı bilmiyorum.	0,26	0,000
58. Bir afet sonrasında yerel yetkililerce belirlenmiş olan sığınak yerini bulamam.	0,23	0,000
59. Bir afet sonrasında aile bireylerinin yeniden bir araya gelebileceği bir toplanma yeri belirleyebilirim.	0,29	0,000
60. Oturduğum yere en yakın sağlık merkezinin yerini bilmiyorum.	0,16	0,007

Kırmızı ifadeler ölçme aracından çıkarılan maddeler

“Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Taslak Ölçek”in güvenirlik çalışması için 60 maddenin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında; korelasyon katsayılarının (Pearson Korelasyonu) $r=0,14$ ile $0,63$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu, bu maddeler arasında yer alan 27 maddenin (madde 5, 6, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 55, 56, 57, 58, 59, 60) ise güvenirlik katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte $r=0,14$ ile $0,29$ arasında olup istenilen düzeyden düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Bu analiz sonucunda $r=0,30$ altında olan 27 maddenin (madde 5, 6, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 55, 56, 57, 58, 59, 60) ölçekten çıkarılmasına karar verilmiş ve ölçek madde sayısı 33’e düşmüştür.

Yapı Geçerliği (Faktör Analizi)

“Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek” taslağının faktör yapısının incelenmesi amacı ile Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax Rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Ölçek taslağının faktör analizi sonuçları Tablo 4.3’de belirtilmiştir.

Ölçek maddelerinin açımlayıcı faktör analizi sonucunda en uygun şekilde 6 faktör boyutunda toplandığı ve maddelerin faktör yüklerinin değerlerinin $0,40$ ve $0,79$ arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

“Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek” taslağında bulunan 33 madde ile yapılan faktör analizinde Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı $0,849$ ve Barlett testi sonucu $X^2 = 4449.757$; $p=0,000$ olarak çok ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur.

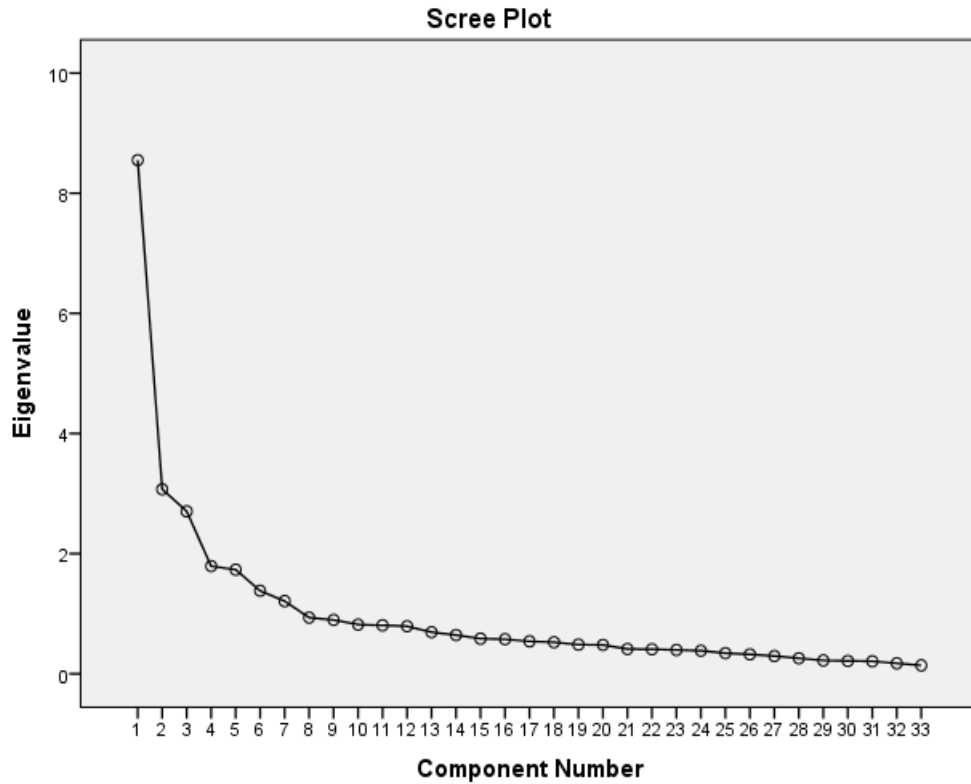
Tablo 4.3. Taslak Ölçeğin 33 Maddelik Faktör Yüğü Dağılımı (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

	Bileşenler					
	1	2	3	4	5	6
madde49	0,781					
madde47	0,777					
madde51	0,758					
madde53	0,745					
madde52	0,707					
madde50	0,702					
madde48	0,701					
madde54	0,671					
madde42		0,790				
madde40		0,776				
madde43		0,758				
madde41		0,752				
madde39		0,648				
madde44		0,565				
madde2			0,742			
madde1			0,698			
madde3			0,697			
madde4			0,686			
madde7			0,500			
madde9			0,472			
madde8			0,471			
madde24				0,788		
madde22				0,770		
madde25				0,586		
madde23				0,486		
madde27				0,461		
madde33				0,402		
madde19					0,793	
madde18					0,784	
madde17					0,729	
madde14						0,757
madde11						0,754
madde10						0,712
Özdeğer (Eigenvalue)	8,551	3,072	2,704	1,792	1,734	1,382
Açıklanan Varyans	25,911	9,310	8,194	5,430	5,253	4,186
Genel α Katsayısı	0,905					
Alt Boyutların α Katsayıları	0,902	0,844	0,763	0,753	0,800	0,743
Bileşenlerin İsimleri	Öz Yeterlilik	Eyleme Geçiriciler	Algılanan Duyarluluk	Algılanan Engeller	Algılanan Yarar	Algılanan Ciddiyet

Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlerin adlandırılması konusunda, kuramsal çerçeveye bağlı olunması, konu alanındaki uzmanların görüşlerinden yararlanılması ve ilgili kaynaklardan faydalanılmasının yarar getireceği ifade edilmektedir (128, 173, 174). Ölçeğin alt boyutlarının adlandırılması ‘Sağlık İnanç Modeli’nin alt boyutlarına göre yapılmıştır. Ölçek alt boyutları, teorik modellerle ilişkili olarak; Algılanan Duyarlılık, Algılanan Ciddiyet, Algılanan Yarar, Algılanan Engeller, Eyleme Geçiriciler ve Öz Yeterlilik olarak adlandırılmıştır.

Tablo 4.3’de görüldüğü üzere, Temel Bileşenler Analizi’nin ortaya çıkardığı en büyük faktör varyansın %25,911’ini açıklayabilen *Öz Yeterlilik* olarak adlandırılan ve 8 maddeden anlamlı ağırlık alan 1. Faktördür. Bu faktöre yüklenen maddelerin Cronbach Alpha katsayısı 0,90’dır. İkinci sırada ortaya çıkan ve *Eyleme Geçiriciler* olarak adlandırılan faktör de 6 maddeden anlamlı ağırlık almıştır. Varyansın %8,194’ünü açıklayan faktöre 7 madde yüklenmiş ve *Algılanan Duyarlılık* olarak adlandırılmıştır. Üçüncü faktöre yüklenen maddelerin Cronbach Alpha katsayısı 0,76’dır. Dördüncü faktör ise *Algılanan Engeller* olarak adlandırılmış ve bu faktöre de 6 madde yüklenmiştir. Bu faktöre yüklenen maddeler ise varyansın %5,430’unu açıklamaktadır ve Cronbach Alpha katsayısı 0,75’dir. Varyansın %5,253’nü açıklayan 5. Faktöre de 3 madde yüklenmiş ve *Algılanan Yarar* olarak adlandırılmıştır. Altıncı faktör ise *Algılanan Ciddiyet* olarak adlandırılmış ve bu faktöre de 3 madde yüklenmiştir. Böylece 6 faktörün açıkladığı toplam varyans %58,284 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tümünün Cronbach Alpha katsayısı 0,90 bulunmuştur.

Şekil 4.1’de temel bileşenler analizi sonucunda elde edilen faktör özdeğer grafiği (scree plot) görülmektedir. Faktör özdeğer grafiğine göre ölçeğin 6 faktörden oluştuğu görülmektedir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Ölçeğin Faktör Özdeğerleri.

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarının, öngörülen teorik grupta ile uyumluluğunun belirlenmesi amacı ile yapılan 33 maddeli, 6 faktörlü doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ise;

Serbestlik derecesi (Degrees of Freedom) = 480

Chi-Square = 1284.65 ($p = 0,00$)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0,077

P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0,05) = 0,00

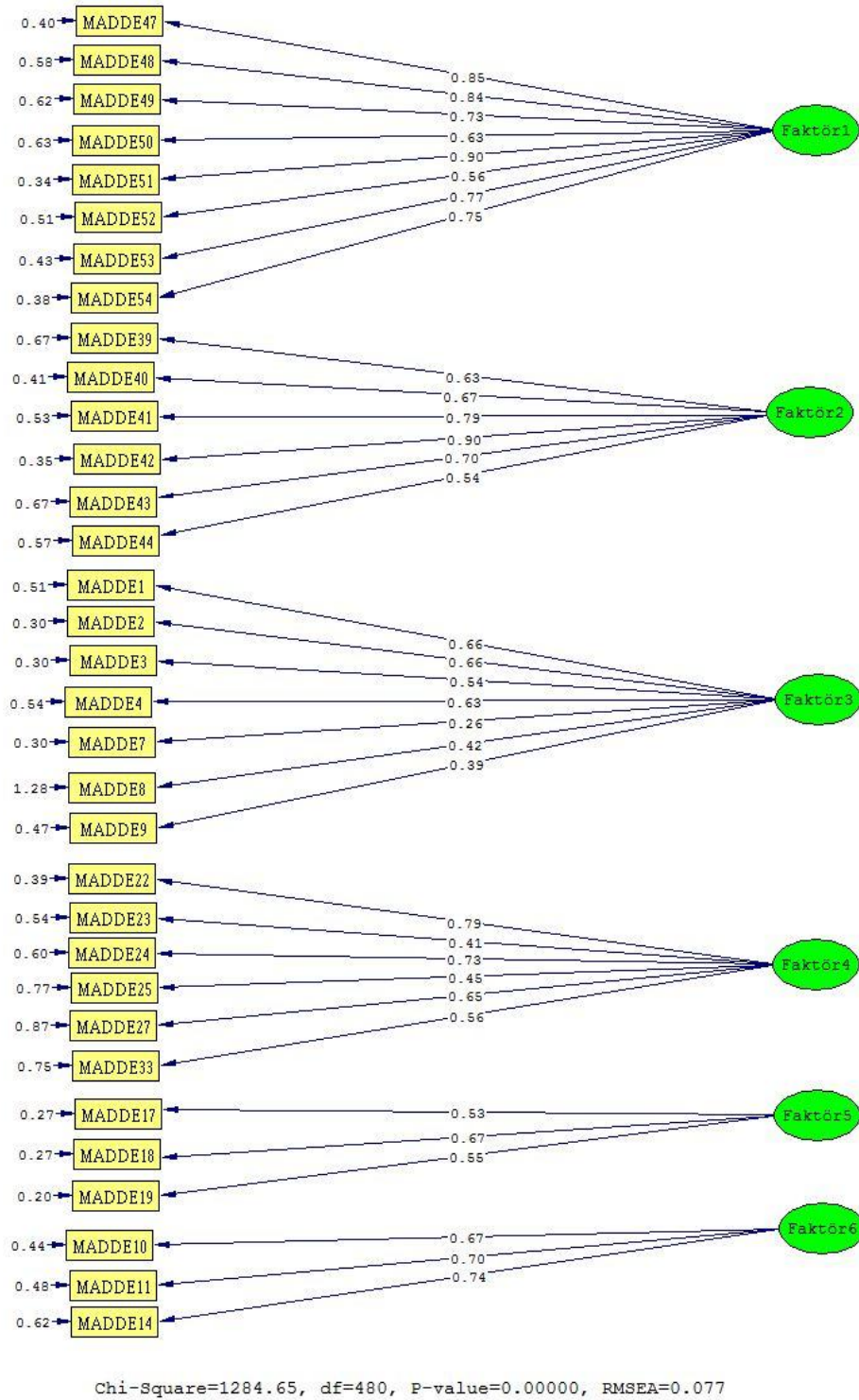
Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0,91

Comparative Fit Index (CFI) = 0,92

Standardized RMR = 0,074

Goodness of Fit Index (GFI) = 0,79

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0,75 dir. Belirtilen değerler hepsi için uygun düzeyde bulunmuştur (Şekil 4.2).



Faktör 1= Öz Yeterlilik, Faktör 2= Eyleme Geçiriciler, Faktör 3= Algılanan Duyarlılık, Faktör 4= Algılanan Engeller, Faktör 5= Algılanan Yarar, Faktör 6= Algılanan Ciddiyet

Şekil 4.2. Taslak Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçlarının Dağılımı
(Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Ölçek ve alt boyut puanlarının hesaplanması

Ölçek ve alt boyutların hesaplanması için aşağıdaki adımlar izlenmiştir.

- Öncelikle negatif ifadeli maddelerin puanı tersine çevrilerek maddelerin puanı dönüştürülmüştür. Her madde için en yüksek 5 puan, en düşük 1 puandır.
- Madde puanları tersine çevrildikten sonra 33 maddenin puanı toplanarak, ham puanlar elde edilmiştir. Her alt boyut için de yer alan maddelerin de puanları toplanarak alt boyutların ham puanları elde edilmiştir.
- Ölçeğin değerlendirilmesinde; puanın yükselmesi (165'e yaklaşması) olumlu bilgi, tutum ve davranış eğilimini gösterirken, azalması (33'e doğru yaklaşması) olumsuz bilgi, tutum ve davranış eğilimi olduğunu göstermektedir.
- Ölçek ve alt boyutların madde sayıları Tablo 4.4'de gösterilmektedir. Elde edilen ölçek Ek V de yer almaktadır.

Tablo 4.4. Ölçek ve Alt Boyutları Madde Sayıları (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Madde Sayısı
Ölçek	33
Algılanan Duyarlılık (3. faktör)	7
Algılanan Ciddiyet (6. faktör)	3
Algılanan Yarar (5. faktör)	3
Algılanan Engeller (4. faktör)	6
Eyleme Geçiriciler (2. faktör)	6
Öz Yeterlilik (1. faktör)	8

Araştırmaya katılanların “Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek”’den aldıkları toplam puan ortalamasının ($109,12 \pm 16,00$) orta düzeyden yüksek olduğu, ölçek alt boyut puanlarından ise “Öz Yeterlilik” alt boyutunda $24,69 \pm 6,35$ puan ortalamasına sahip oldukları, “Algılanan Yarar” alt boyutunda ise, $11,93 \pm 1,94$ puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Ölçek ve Alt Boyutların Tanımlayıcı Özellikleri (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Ölçek ve Alt Boyutları	Alt Sınır	Üst Sınır	Ortalama	Std. Sapma
Ölçek	67,00	147,00	109,12	16,00
Algılanan Duyarlılık	15,00	35,00	26,57	4,04
Algılanan Ciddiyet	3,00	15,00	11,53	2,45
Algılanan Yarar	4,00	15,00	11,93	1,94
Algılanan Engeller	10,00	28,00	18,58	4,07
Eyleme Geçiriciler	6,00	28,00	15,80	4,59
Öz Yeterlilik	9,00	38,00	24,69	6,35

“Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek” taslağı maddelerinin puan ortalamaları, standart hataları ve standart sapmaları Tablo 4.6’da gösterilmektedir. Tablo 4.6’da görüldüğü gibi ölçek taslağının puan ortalaması 2,09 ile 4,26 arasında değişmektedir. En küçük ortalama 2,09±0,955 ile 13’ncü madde (*Acil durumlarda/Afetlerde görülebilecek zararları en aza indirmek için düzenli tatbikat yaparım*) sahiptir. En yüksek ortalama ise 4,26±0,602 ile 7’nci madde (*Acil durum/Afet olursa bana bir şey olmaz*) sahiptir.

Tablo 4.6. Taslak Ölçeğin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Maddeler	$\bar{x}$	S_x	SS
Madde 1	3,64	0,057	0,972
Madde2	3,77	0,050	0,857
Madde3	4,17	0,045	0,770
Madde4	3,65	0,057	0,967
Madde5	2,70	0,075	1,280
Madde6	4,03	0,060	1,023
Madde7	4,26	0,035	0,602
Madde8	3,08	0,071	1,208
Madde9	3,98	0,046	0,792
Madde10	3,84	0,056	0,947
Madde11	3,89	0,058	0,983
Madde12	4,08	0,047	0,805
Madde13	2,09	0,056	0,955
Madde14	3,80	0,063	1,078
Madde15	3,01	0,078	1,325
Madde16	3,37	0,073	1,235
Madde17	4,02	0,044	0,744
Madde18	3,93	0,049	0,843
Madde19	3,97	0,041	0,707
Madde20	3,10	0,079	1,343
Madde21	3,77	0,050	0,861
Madde22	3,16	0,059	1,006
Madde23	3,54	0,049	0,843
Madde24	2,93	0,062	1,063
Madde25	2,51	0,058	0,983
Madde26	3,59	0,060	1,031
Madde27	3,10	0,067	1,134
Madde28	3,40	0,062	1,060
Madde29	3,26	0,061	1,031
Madde30	3,62	0,056	0,963
Madde31	3,08	0,077	1,314
Madde32	3,40	0,072	1,221
Madde33	3,32	0,060	1,030
Madde34	3,24	0,068	1,162
Madde35	3,41	0,065	1,110
Madde36	3,29	0,062	1,051
Madde37	2,93	0,067	1,143
Madde38	3,40	0,067	1,144
Madde39	2,81	0,060	1,031
Madde40	2,30	0,055	0,930
Madde41	2,72	0,063	1,074
Madde42	2,61	0,063	1,072

Tablo 4.6. Taslak Ölçeğin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286) (Devamı).

Maddeler	$\bar{x}$	S_x	SS
Madde43	2,75	0,063	1,076
Madde44	2,59	0,054	0,927
Madde45	3,13	0,072	1,228
Madde46	2,92	0,061	1,042
Madde47	2,87	0,062	1,059
Madde48	3,01	0,067	1,134
Madde49	2,86	0,063	1,071
Madde50	3,32	0,059	1,012
Madde51	3,10	0,063	1,069
Madde52	3,46	0,053	0,908
Madde53	2,94	0,059	1,009
Madde54	3,10	0,057	0,974
Madde55	3,61	0,064	1,095
Madde56	4,07	0,050	0,857
Madde57	3,94	0,053	0,912
Madde58	3,60	0,059	1,008
Madde59	3,31	0,068	1,150
Madde60	3,78	0,066	1,127

4.2 . Araştırmaya Katılan Kişilerin Kişisel ve Acil Durumlara/Afetlere Hazırlık Durum Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümdeki bulgular, araştırmaya katılan kişilerin kişisel ve acil durumlara/afetlere hazırlık durum değişkenlerine aittir (Tablo 4.7- 4.8).

Tablo 4.7. Araştırmaya Katılan Kişilerin Kişisel Durum Değişkenlerinin Dağılımı
(Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları (n=283)		
25-29	90	31,8
30-34	112	39,6
35-39	48	17,0
40-44	19	6,7
45-50	14	4,9
$\bar{x}=32,76$	SS=5,37	Alt Sınır=25,0 Üst Sınır=50,0
Cinsiyet (n=286)		
Erkek	181	63,3
Kadın	105	36,7
Öğrenim Durumu (n=276)		
Lisans	83	30,1
Lisansüstü	193	69,9
Medeni Durum (n=284)		
Evli	150	52,8
Bekâr	132	46,5
Boşanmış/Eşinden Ayrılmış	2	0,7
Çocuk Sahibi Olma (n=286)		
Evet	122	42,7
Hayır	164	57,3
Çocuk Sayısı (n=122)		
1	56	45,9
2	52	42,6
3	12	9,8
4 ve üzeri	2	1,7
Aylık Gelir (n=283) (bin TL)		
2-2,499	62	21,9
2,5-2,999	144	50,9
3 bin ve üzeri	77	27,2
Görev Unvanı (n=286)		
İdari Personel	86	30,1
Araştırma Görevlisi	78	27,2
Öğretim Görevlisi	60	21,0
Öğretim Üyesi	60	21,0
Okutman	2	0,7
Yaşadığı Yer (n=286)		
Kendi evinde	186	65,0
Kirada	97	33,9
Apart/Otel	3	1,1

Not: Toplam yanıt veren kişi sayısı 286 olup, bazı sorulara yanıt verenlerin sayısı daha azdır.

Araştırmaya katılanların kişisel durum değişkenlerine ilişkin bulgular incelendiğinde (Tablo 4.7); araştırmaya katılanların çoğunluğunun 30–34 yaş grubunda (112 kişi, %39,6), erkek olduğu (181 kişi, %63,3), eğitim durumlarının lisansüstü (193 kişi, %69,9) düzeyinde olduğu, medeni durumları incelendiğinde evli (150 kişi, %52,8) oldukları ve iki ve üzeri çocuğa sahip oldukları (66 kişi, %54,1), aylık gelirlerinin 2,5-2,999 bin olduğu (144 kişi, %50,9), idari personel olduğu (86 kişi, %30,1) ve kendi evlerinde (186 kişi, %65,0) yaşadıkları saptanmıştır.



Tablo 4.8. Araştırmaya Katılan Kişilerin Acil durumlara/Afetlere Hazırlık Durum Değişkenlerinin Dağılımı (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Özellikler (n=286)	Sayı	Yüzde
Daha Önce Afet Yaşama Durumu		
Evet	271	94,8
Hayır	15	5,2
17 Ağustos 1999 Marmara Depremi'ni Yaşama Durumu		
Evet	257	89,9
Hayır	29	10,1
Acil Durumlara/Afetlere Yeterince Hazır Olma Durumu		
Evet	32	11,2
Hayır	254	88,8
Bireysel Acil durum/Afet Çantası Olma Durumu		
Evet	40	14,0
Hayır	246	86,0
Acil Durumlar/Afetler Konusunda Herhangi Bir Eğitim Alma Durumu		
Evet	10	3,5
Hayır	276	96,5

Araştırmaya katılanların afete hazırlık durum değişkenlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.8); araştırmaya katılanların çoğunluğunun daha önce afet (271 kişi, %94,8) ve 17 Ağustos Marmara depremini yaşadığı (257 kişi, %89,9), acil durumlara/afetlere yeterince hazırlıklı olmadıkları (254 kişi, %88,8), bireysel acil durum/afet çantasına sahip olmadıkları (246 kişi, %86,0), acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim almadıkları (276 kişi, %96,5) saptanmıştır.

Acil durumlar/afetler konusunda alınan eğitimlerin ise İlk Yardım Eğitimi (3 kişi), Toplum Afet Gönüllüsü Eğitimi (2 kişi) ve Temel Afet Bilinci Eğitimi (3 kişi) ve diğer eğitimler (2 kişi) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Cinsiyet ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Cinsiyet		Test Değeri (t)	p değeri
	Kadın (n:105) $\bar{X} \pm SS$	Erkek (n:181) $\bar{X} \pm SS$		
Ölçek	104,32±14,35	111,91±16,29	3.962	<0,001
Algılanan Duyarlılık	25,59±4,19	27,14±3,85	3.193	0,002
Algılanan Ciddiyet	11,08±2,17	11,79±2,56	2.381	0,018
Algılanan Yarar	11,55±1,95	12,15±1,91	2.547	0,011
Algılanan Engeller	17,37±3,87	19,28±4,02	3.932	<0,001
Eyleme Geçiriciler	15,49±4,52	15,98±4,63	0.866	0,387
Öz Yeterlilik	23,22±6,01	25,54±6,40	3.009	<0,001

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların cinsiyetleri ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; erkeklerin ölçek, algılanan engeller ve öz yeterlilik alt boyut puan ortalamalarının kadınlardan çok ileri düzeyde yüksek olduğu ($p<0,001$); erkeklerin algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalamalarının ise çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,01$); erkeklerin algılanan ciddiye ve algılanan yarar alt boyut puan ortalamalarının kadınlardan anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,05$) ve erkekler ile kadınların eyleme geçiriciler alt boyut puan ortalaması arasında ise anlamlı farkın ($p>0,05$) olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Yaş Grupları ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=283).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Yaş Grupları					Test Değeri (F)	p değeri	Gruplar Arasındaki Anlamlı Farklılık Durumu
	25-29 ^a (n=90) $\bar{x} \pm SS$	30-34 ^b (n=112) $\bar{x} \pm SS$	35-39 ^c (n=48) $\bar{x} \pm SS$	40-44 ^d (n=19) $\bar{x} \pm SS$	45 ve üstü ^e (n=14) $\bar{x} \pm SS$			
Ölçek	105,49±16,33	107,85±14,85	116,65±15,39	111,32±16,40	115,79±15,36	4.955	0,001	c>a, b
Algılanan Duyarlılık	25,05±4,23	27,07±3,41	27,70±3,84	26,42±3,56	28,50±5,65	5.737	<0,001	a<b, c, e
Algılanan Ciddiyet	11,14±2,54	11,41±2,50	12,02±2,34	12,84±1,46	11,92±2,30	2.593	0,037	a<c,d
Algılanan Yarar	11,57±1,77	11,77±2,09	12,85±1,52	11,89±2,33	12,14±1,74	3.781	0,005	c>a, b
Algılanan Engeller	18,15±4,37	18,25±3,81	19,87±4,35	18,31±2,96	20,14±3,57	2.203	0,069	
Eyleme Geçiriciler	15,41±4,72	15,72±4,78	16,27±3,97	16,52±4,63	17,28±4,14	0.771	0,545	
Öz Yeterlilik	24,14±6,11	23,59±6,28	27,91±5,76	25,31±7,00	25,78±5,96	4.475	0,002	c>a, b

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların yaş grupları ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; eyleme geçiriciler ile algılanan engeller alt boyutları dışındaki ölçek ve diğer alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<0,05$); grupların eyleme geçiriciler ile algılanan engeller alt boyutları puan ortalamaları arasında ise anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey ileri analizinde gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında;

- **Öz yeterlilik** alt boyutunda 35-39 yaş grubunda olanların puan ortalamalarının 30 ve 34 yaş grubu olanlarda ($p=0,001$) ve 25-29 yaş grubunda olanlardan ($p=0,007$) çok anlamlı olarak daha yüksek olduğu; diğer ikili gruplar arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$),
- **Algılanan ciddiye** alt boyutunda 25-29 yaş grubunda olanların puan ortalamalarının, 35-39 yaş grubu ($p=0,04$) ve 40-44 yaş grubu olanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu; diğer gruplar arasında anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$),
- **Algılanan yarar** alt boyutunda 25-29 yaş grubunda olanların puan ortalamalarının, 35-39 yaş grubu olanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p=0,02$), 30-34 yaş grubu olanların ise 35-39 yaş grubunda olanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p=0,011$); diğer gruplar arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p=0,05$).
- **Algılanan duyarlılık** alt boyutunda 25-29 yaş grubunda olanların puan ortalamalarının 30-34 yaş grubunda olanlardan ($p=0,003$), 35-39 yaş grubunda olanlardan ($p=0,002$) ve 45 ve üstü yaş grubunda olanlardan ($p=0,020$) anlamlı düzeyde düşük olduğu; diğer gruplar arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$).
- **Ölçekten** alınan puan ortalamalarının 25-29 yaş grubunda olanların 35-39 yaş grubunda olanlardan ($p=0,001$) çok anlamlı olarak daha düşük olduğu, 30 ve 34 yaş grubundan olanların puan ortalamalarının ise 35-39 yaş grubunda

olanlardan ($p=0,01$) anlamlı olarak daha düşük olduğu; diğer gruplarda ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Tablo 4.11. Öğrenim Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, $n=276$).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Öğrenim Durumu			
	Lisans ($n=83$) $\bar{x} \pm SS$	Lisansüstü ($n=193$) $\bar{x} \pm SS$	Test Değeri (t)	p değeri
Ölçek	103,07±16,73	111,98±15,14	4.342	<0,001
Algılanan Duyarlılık	25,40±4,18	27,20±3,87	3.449	0,001
Algılanan Ciddiyet	10,83±2,89	11,85±2,20	3.206	0,002
Algılanan Yarar	11,26±2,45	12,20±1,64	3.728	<0,001
Algılanan Engeller	18,19±4,21	18,70±4,00	0.969	0,334
Eyleme Geçiriciler	14,84±4,82	16,26±4,49	2.357	0,019
Öz Yeterlilik	22,53±6,26	25,74±6,24	3.911	<0,001

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların öğrenim durumları ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; öğrenim durumu lisansüstü olanların ölçek, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik alt boyut puan ortalamalarının öğrenim durumu lisans olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$); öğrenim durumu lisansüstü olanlar ile lisans olanların algılanan engeller alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı farkın ($p>0,05$) olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Görev Unvanı ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=284).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Görev Unvanı				Test Değeri (F)	p değeri	Gruplar Arasındaki Anlamlı Farklılık Durumu
	Öğretim Görevlisi ^a (n=60) $\bar{x} \pm SS$	Araştırma Görevlisi ^b (n=78) $\bar{x} \pm SS$	Öğretim Üyesi ^c (n=60) $\bar{x} \pm SS$	İdari Personel ^d (n=86) $\bar{x} \pm SS$			
Ölçek	105,28±14,03	107,12±14,71	122,37±12,82	104,72±15,79	16.349	<0,001	c>a,b,d
Algılanan Duyarlılık	26,55±4,15	25,92±3,87	29,20±2,97	25,33±4,03	9.994	<0,001	c>a,b,d
Algılanan Ciddiyet	11,26±2,12	11,11±2,46	13,23±1,41	10,93±2,71	10.535	<0,001	c>a,b,d
Algılanan Yarar	12,01±1,79	11,67±1,46	13,23±1,40	11,19±2,31	11.633	<0,001	c>a,b,d
Algılanan Engeller	17,30±3,67	17,98±4,13	20,26±3,58	18,87±4,23	4.865	0,001	c>a,b
Eyleme Geçiriciler	14,76±4,93	16,26±4,18	17,65±4,28	14,89±4,53	4.721	0,001	c>a,d
Öz Yeterlilik	23,38±6,41	24,14±5,75	28,78±5,25	23,48±6,35	10.232	<0,001	c>a,b,d

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Not: Okutman olan 2 kişi analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya katılanların görev unvanları ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; grupların hem toplam puan, hem de 6 alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.12).

Puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey ileri analizinde gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında;

- **Öz yeterlilik** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının öğretim üyesi olanların öğretim görevlisi, araştırma görevlisi ve idari personel olanlardan ($p<0,001$) çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu; diğer ikili gruplar arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$),
- **Algılanan engeller** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının öğretim üyesi olanların öğretim görevlisi olanlardan ($p=0,001$), araştırma görevlisi olanlardan ($p=0,008$) çok anlamlı olarak yüksek olduğu; diğer ikili gruplar arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$),
- **Algılanan duyarlılık** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının öğretim üyesi olanların öğretim görevlisi olanlardan ($p=0,002$), araştırma görevlisi olanlardan ($p<0,001$) ve idari personel olanlardan ($p<0,001$) çok anlamlı olarak yüksek olduğu; diğer ikili gruplar arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$),
- **Eyleme geçiriciler** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının öğretim üyesi olanların öğretim görevlisi olanlardan ($p=0,004$), idari personel olanlardan ($p=0,003$) çok anlamlı olarak yüksek olduğu; diğer ikili gruplar arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$),
- **Algılanan ciddiyet** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının öğretim üyesi olanların öğretim görevlisi, idari personel ve araştırma görevlisi olanlardan ($p<0,001$) çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu; diğer ikili grup arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$),
- **Algılanan yarar** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının öğretim üyesi olanların araştırma görevlisi olanlardan ($p<0,001$), idari personel

olanlardan ($p<0,001$) ve öğretim görevlisi olanlardan ($p=0,003$) çok anlamlı olarak yüksek olduğu; diğer ikili grup arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$),

- **Ölçekten** alınan puan ortalamalarının öğretim üyesi olanların öğretim görevlisi olanlardan ($p<0,001$), araştırma görevlisi olanlardan ($p<0,001$) ve idari personel olanlardan ($p<0,001$) çok ileri düzeyde yüksek olduğu; diğer ikili gruplar arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Tablo 4.13. Medeni Durum ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, $n=282$).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Medeni Durum		Test Değeri (t)	p değeri
	Evli ($n=150$) $\bar{X} \pm SS$	Bekâr ($n=132$) $\bar{X} \pm SS$		
Ölçek	113,67 $\pm$ 14,99	104,06 $\pm$ 15,65	5.262	<0,001
Algılanan Duyarlılık	27,50 $\pm$ 3,67	25,53 $\pm$ 4,21	4.190	<0,001
Algılanan Ciddiyet	11,93 $\pm$ 2,38	11,07 $\pm$ 2,47	2.961	0,003
Algılanan Yarar	12,42 $\pm$ 1,66	11,37 $\pm$ 2,10	4.627	<0,001
Algılanan Engeller	19,27 $\pm$ 4,07	17,81 $\pm$ 3,92	3.061	0,002
Eyleme Geçiriciler	16,32 $\pm$ 4,28	15,27 $\pm$ 4,88	1.916	0,056
Öz Yeterlilik	26,22 $\pm$ 6,22	22,99 $\pm$ 6,08	4.400	<0,001

*İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Not: Boşanmış/Eşinden ayrı olan iki kişi analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya katılanların medeni durumları ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; evli olanların ölçek, algılanan duyarlılık, algılanan yarar ve öz yeterlilik alt boyut puan ortalamalarının bekârlardan çok ileri düzeyde yüksek olduğu ($p<0,001$); evli olanların algılanan ciddiyet ve algılanan engeller alt boyut puan ortalamalarının ise çok anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,01$); evliler ile bekârların eyleme geçiriciler alt boyut puan ortalaması arasında ise anlamlı farkın ($p>0,05$) olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Çocuk Sahibi Olma ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Çocuk Sahibi Olma Durumu		Test Değeri (t)	p değeri
	Var (n=122) $\bar{X} \pm SS$	Yok (n=164) $\bar{X} \pm SS$		
Ölçek	114,31±15,21	105,26±15,52	4.921	<0,001
Algılanan Duyarlılık	27,72±3,73	25,72±4,06	4.251	<0,001
Algılanan Ciddiyet	11,87±2,51	11,28±2,37	2.048	0,042
Algılanan Yarar	12,56±1,63	11,46±2,02	4.926	<0,001
Algılanan Engeller	19,36±4,06	18,00±3,99	2.816	0,005
Eyleme Geçiriciler	16,47±4,43	15,30±4,65	2.145	0,033
Öz Yeterlilik	26,31±6,33	23,48±6,11	3.824	<0,001

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların çocuk sahibi olma ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; çocuk sahibi olanların ölçek, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik alt boyut puan ortalamalarının çocuk sahibi olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Çocuk Sayısı ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=122).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Çocuk Sayısı		Test Değeri (t)	p değeri
	1 (n=56) $\bar{x} \pm SS$	2 ve üzeri (n=66) $\bar{x} \pm SS$		
Ölçek	107,08±15,59	114,30±15,80	2.528	0,013
Algılanan Duyarlılık	26,10±3,92	27,96±3,91	2.614	0,010
Algılanan Ciddiyet	11,37±2,70	11,96±2,50	1.261	0,210
Algılanan Yarar	12,03±1,72	12,33±2,17	0.825	0,411
Algılanan Engeller	18,05±4,22	19,39±3,75	1.855	0,066
Eyleme Geçiriciler	15,33±4,38	16,22±4,46	1.104	0,272
Öz Yeterlilik	24,17±6,44	26,40±6,56	1.886	0,062

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların çocuk sayısı ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farkın olmadığı ($p>0,05$); ölçek ve algılanan duyarlılık alt boyutlarının puan ortalamaları arasında ise anlamlı düzeyde farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Gelir Durumları ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=283).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Gelir Durumları (bin TL)					
	2-2,499 ^a (n=62) $\bar{x} \pm SS$	2,5-2,999 ^b (n=144) $\bar{x} \pm SS$	3 ve üzeri ^c (n=77) $\bar{x} \pm SS$	Test Değeri (F)	p değeri	Gruplar Arasındaki Anlamlı Farklılık Durumu
Ölçek	98,83±15,72	107,49±13,85	120,34±13,37	41.458	<0,001	c>a,b b>a
Algılanan Duyarlılık	24,77±4,02	26,20±4,09	28,59±3,00	18.383	<0,001	a<b,c b<c
Algılanan Ciddiyet	10,41±2,89	11,43±2,09	12,59±2,27	15.147	<0,001	c>a,b a<b
Algılanan Yarar	11,08±2,60	11,66±1,54	13,11±1,45	24.980	<0,001	c>a
Algılanan Engeller	17,67±4,29	18,20±3,96	20,05±3,79	7.465	0,001	c>a,b
Eyleme Geçiriciler	13,80±4,34	15,79±4,56	17,55±4,24	12.340	<0,001	a<b,c b<c
Öz Yeterlilik	21,08±6,20	24,19±6,08	28,41±4,98	28.094	<0,001	c>a,b a<b

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların gelir durumları ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; grupların hem toplam puan, hem de 6 alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.16).

Puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey ileri analizinde gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında;

- **Öz yeterlilik** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının 3 bin ve üzerinde gelir grubunda bulunanların 2-2,499 bin ve 2,5-2,999 bin gelir grubunda bulunanlardan ($p<0,001$) çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu, 2-2,499 bin gelir grubunda bulunanların ise 2,5-2,999 bin gelir grubunda bulunanlardan ($p=0,001$) çok anlamlı olarak daha düşük olduğu,
- **Algılanan engeller** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının 3 bin gelir grubunda bulunanların 2-2,499 bin gelir grubunda bulunanlardan ($p=0,02$), 2,5-2,999 bin gelir grubu bulunanlardan ($p=0,003$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu, diğer ikili gruplar arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$),
- **Algılanan duyarlılık** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının 2-2,499 bin gelir grubunda bulunanların 2,5-2,999 bin gelir grubunda bulunanlardan ($p=0,03$) ve 3 bin ve üzeri gelir grubunda bulunanlardan ($p<0,001$) anlamlı olarak daha düşük olduğu; 2,5-2,999 bin gelir grubunda bulunanların ise 3 bin ve üzeri gelir grubunda bulunanlardan ($p<0,001$) çok ileri düzeyde anlamlı düzeyde düşük olduğu,
- **Eyleme geçiriciler** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının 2-2,499 bin gelir grubunda bulunanların 3 bin ve üzeri gelir grubunda bulunanlardan ($p<0,001$), 2,5-2,999 bin gelir grubu bulunanlardan ($p=0,01$) anlamlı düzeyde düşük olduğu, 2,5-2,999 bin gelir grubunda bulunanların ise 3 bin ve üzeri gelir grubunda bulunanlardan ($p=0,014$) anlamlı olarak daha düşük olduğu,

- ***Algılanan ciddiyet*** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının 3 bin ve üzeri gelir grubunda bulunanların puan ortalamalarının 2-2,499 bin gelir grubu ($p<0,001$) ve 2,5-2,999 bin gelir grubunda bulunanlardan ($p=0,001$) çok anlamlı olarak yüksek olduğu, 2-2,499 bin gelir grubunda bulunanların 2,5-2,999 bin gelir grubunda bulunanlardan ($p=0,013$) anlamlı olarak daha düşük olduğu,
- ***Algılanan yarar*** alt boyutunda alınan puan ortalamalarının 3 bin ve üzeri gelir grubunda bulunanların puan ortalamalarının 2-2,499 bin gelir grubunda bulunanlardan ($p<0,001$) çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu, diğer ikili grup arasında ise anlamlı farkların olmadığı ($p>0,05$),
- ***Ölçekten*** alınan puan ortalamalarının 3 bin ve üzeri gelir grubunun 2-2,499 bin gelir grubu ve 2,5-2,999 bin gelir grubunda bulunanlardan ($p<0,001$) çok ileri düzeyde yüksek olduğu; 2,5-2,999 bin gelir grubunda bulunanların da 2-2,499 bin gelir grubunda bulunanlardan ($p<0,001$) çok ileri düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.17. Yaşadığı Yer ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=283).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Yaşadığı Yer		Test Değeri (t)	p değeri
	Kendi Evinde (n=186) $\bar{x} \pm SS$	Kirada (n=97) $\bar{x} \pm SS$		
Ölçek	110,38±15,87	107,20±16,12	1.594	0,112
Algılanan Duyarlılık	26,91±4,07	25,89±3,96	2.022	0,044
Algılanan Ciddiyet	11,67±2,38	11,29±2,57	1.234	0,218
Algılanan Yarar	11,98±1,92	11,83±2,02	0.607	0,545
Algılanan Engeller	18,65±3,74	18,59±4,64	0.103	0,918
Eyleme Geçiriciler	16,04±4,67	15,46±4,43	1.016	0,311
Öz Yeterlilik	25,10±6,41	24,10±6,16	1.260	0,209

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Not: Yaşadığı yer apart/otel olan üç kişi analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya katılanların yaşadığı yer ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; yaşadığı evi kendi evi olanların algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalamalarının yaşadığı evi kira olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$); yaşadığı evi kendi evi olan ile kira olanların ölçek, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı farkın ($p>0,05$) olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Acil Durumlarla/Afetlerle İlgili Eğitim Alma Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Acil Durumlarla/Afetlerle İlgili Eğitim Alma Durumu		Test Değeri (t)	p değeri
	Almış (n=10) $\bar{x} \pm SS$	Almamış (n=276) $\bar{x} \pm SS$		
Ölçek	140,80±3,85	107,97±15,07	6.748	<0,001
Algılanan Duyarlılık	32,60±2,31	26,35±3,92	4.993	<0,001
Algılanan Ciddiyet	13,90±1,44	11,44±2,43	3.155	0,002
Algılanan Yarar	14,70±0,67	11,83±1,90	4.745	<0,001
Algılanan Engeller	25,00±2,05	18,35±3,93	5.309	<0,001
Eyleme Geçiriciler	22,00±2,74	15,57±4,49	4.485	<0,001
Öz Yeterlilik	32,60±3,94	24,40±6,24	4.116	<0,001

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların acil durumlar/afetler ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; acil durumlar/afetler ile ilgili eğitim almayanların hem ölçek hem de 5 alt boyut (algılanan duyarlılık, algılanan yarar, algılanan engeller, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik) puan ortalamalarının acil durumlar/afetler ile ilgili eğitim alanlardan çok ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$), algılanan ciddiyet boyutunda ise çok anlamlı olarak ($p<0,01$) daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Daha Önce Afet Yaşama Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Daha Önce Afet Yaşama Durumu		Test Değeri (t)	p değeri
	Yaşamış (n=271) $\bar{x} \pm SS$	Yaşamamış (n=15) $\bar{x} \pm SS$		
Ölçek	110,67±14,71	81,06±12,25	7.645	<0,001
Algılanan Duyarlılık	26,86±3,86	21,33±3,75	5.411	<0,001
Algılanan Ciddiyet	11,62±2,39	9,93±2,93	2.627	0,009
Algılanan Yarar	12,05±1,72	9,66±3,71	4.810	<0,001
Algılanan Engeller	18,85±3,97	13,66±2,28	5.003	<0,001
Eyleme Geçiriciler	16,05±4,45	11,26±4,78	4.034	<0,001
Öz Yeterlilik	25,21±6,04	15,20±3,96	6.339	<0,001

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların daha önce afet yaşama durumu ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; daha önce afet yaşamayanların hem ölçek hem de 6 alt boyut puan ortalamalarının daha önce afet yaşayanlardan çok anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. 17 Ağustos Marmara Depremi Yaşama Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Ölçek ve Alt Boyutlar	17 Ağustos Marmara Depremi Yaşama Durumu		Test Değeri (t)	p değeri
	Yaşamış (n=257) $\bar{x} \pm SS$	Yaşamamış (n=29) $\bar{x} \pm SS$		
Ölçek	110,58±14,86	96,27±19,94	4.728	<0,001
Algılanan Duyarlılık	26,85±3,84	24,10±4,91	3.546	<0,001
Algılanan Ciddiyet	11,61±2,35	10,86±3,12	1.564	0,119
Algılanan Yarar	11,99±1,82	11,37±2,76	1.622	0,106
Algılanan Engeller	18,91±3,97	15,68±3,84	4.151	<0,001
Eyleme Geçiriciler	16,01±4,59	13,89±4,18	2.378	0,018
Öz Yeterlilik	25,18±6,12	20,34±6,82	3.987	<0,001

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların 17 Ağustos Marmara Depremi yaşama durumu ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; algılanan ciddiyet ve algılanan yarar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farkın olmadığı ($p>0,05$); ölçek, algılanan duyarlılık, algılanan engeller ve öz yeterlilik alt boyutlarının puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde farkın olduğu ($p<0,001$); eyleme geçiriciler alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı olarak farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Acil Durumlara/Afetlere Yeterince Hazırlıklı Olma Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Acil Durumlara/Afetlere Yeterince Hazırlıklı Olma Durumu		Test Değeri (t)	p değeri
	Hazırlıklı (n=32) $\bar{x} \pm SS$	Hazırlıklı Değil (n=254) $\bar{x} \pm SS$		
Ölçek	133,56±6,86	106,04±14,06	10.891	<0,001
Algılanan Duyarlılık	30,75±2,52	26,05±3,89	6.649	<0,001
Algılanan Ciddiyet	13,78±1,45	11,25±2,40	5.810	<0,001
Algılanan Yarar	13,78±1,28	11,70±1,89	6.043	<0,001
Algılanan Engeller	22,93±2,73	18,03±3,88	6.927	<0,001
Eyleme Geçiriciler	20,71±3,26	15,18±4,36	6.931	<0,001
Öz Yeterlilik	31,59±3,52	23,82±6,09	7.055	<0,001

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların acil durumlara/afetlere yeterince hazırlıklı olma durumu ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; yeterince hazırlıklı olmayanların hem ölçek hem de 6 alt boyut puan ortalamalarının yeterince hazırlıklı olanlardan çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Acil Durum/Afet Çantası Sahibi Olma Durumu ile Ölçeğin ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=286).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Acil Durum/Afet Çantası Sahibi Olma Durumu		Test Değeri (t)	p değeri
	Var (n=40) $\bar{x} \pm SS$	Yok (n=246) $\bar{x} \pm SS$		
Ölçek	127,22±11,59	106,18±14,64	8.652	<0,001
Algılanan Duyarlılık	30,32±2,73	25,96±3,89	6.807	<0,001
Algılanan Ciddiyet	13,05±1,79	11,28±2,45	4.347	<0,001
Algılanan Yarar	13,30±1,48	11,71±1,92	4.984	<0,001
Algılanan Engeller	21,42±3,36	18,12±3,99	4.950	<0,001
Eyleme Geçiriciler	19,17±3,83	15,25±4,47	5.230	<0,001
Öz Yeterlilik	29,95±4,61	23,83±6,19	5.976	<0,001

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

“Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek”in toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar ile acil durum/afet çantası sahibi olma arasında bir ilişki olabileceği düşünülerek yordama geçerliğine başvurulmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, araştırmaya katılanların acil durum/afet çantası olma durumu ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile karşılaştırıldığında; acil durum/afet çantası olmayanların hem ölçek hem de 6 alt boyut puan ortalamalarının acil durum/afet çantası olanlardan çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Ölçek Toplam Puanı ve Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkinin Çoklu Lineer Regresyon ile Değerlendirilmesi (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=269).

Değişkenler	β	%95 Güven Aralığı	Standart Hata	p değeri
Yaş Grupları				
30-34 (vs 25-29)	-0,640	(-4,66-3,38)	2,041	0,754
35-39 (vs 25-29)	-2,648	(-8,20-2,90)	2,821	0,349
40-44 (vs 25-29)	-5,865	(-13,21-1,48)	3,731	0,117
45 ve üzeri (vs 25-29)	-0,822	(-8,80-7,15)	4,052	0,839
Cinsiyet				
Kadın				
Erkek (vs kadın)	0,305	(-3,23-3,84)	1,799	0,866
Öğrenim Durumu				
Lisans				
Lisansüstü (vs Lisans)	1,135	(-4,59-6,86)	2,910	0,697
Medeni Durum				
Evli (vs Bekar)	5,353	(0,63-10,07)	2,395	0,026
Bekâr				
Çocuk Sahibi Olma				
Evet (vs Hayır)	-1,800	(-6,64-3,04)	2,458	0,465
Aylık Gelir				
2,5-2,999 bin TL (vs 2-2,499 bin TL)	9,684	(3,38-15,98)	3,198	0,003
3 bin TL ve üzeri (vs 2-2,499 bin TL)	13,839	(7,09-20,58)	3,426	<0,001
Görev Unvanı				
Araştırma Görevlisi (vs Öğretim Görevlisi)	1,393	(-3,47-6,25)	2,469	0,573
Öğretim Üyesi (vs Öğretim Görevlisi)	10,404	(4,72-16,08)	2,884	<0,001
İdari Personel (vs Öğretim Görevlisi)	8,366	(2,22-14,50)	3,117	0,008
Yaşadığı Yer				
Kendi evinde (vs Kirada)	-0,641	(-3,91-2,63)	1,664	0,701
Daha Önce Afet Yaşama Durumu				
Evet (vs hayır)	20,328	(12,94-27,71)	3,749	<0,001

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Tablo 4.23. Ölçek Toplam Puanı ve Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkinin Çoklu Lineer Regresyon ile Değerlendirilmesi (Yalova Üniversitesi, Mayıs-Aralık 2014, n=269) (Devamı).

Değişkenler	β	%95 Güven Aralığı	Standart Hata	p değeri
17 Ağustos 1999 Marmara Depremi'ni Yaşama Durumu				
Evet	9,175	(3,94-14,4)	2,656	0,001
Hayır				
Acil Durumlar/Afetler Konusunda Herhangi Bir Eğitim Alma Durumu				
Evet (vs Hayır)	19,954	(11,46-28,44)	4,310	<0,001
Constant	65.94	(56,56-75,33)	4,764	<0,001
R²=0,468 p<0,001				

* İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu olarak belirtilmiştir.

Tablo 4.23 ‘‘Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek’’in toplam puanı ile araştırmanın bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Bu değişkenlerden medeni durum, aylık gelir, görev unvanı, daha önce afet yaşama durumu, 17 Ağustos Marmara Depremi yaşama durumu ve acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim alma durumu ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Evli olanlar bekarlara göre daha yüksek ölçek puanına sahiptirler ($\beta=5.35$, $p=0,026$). Yüksek gelir grubunda olanlar ise düşük gelir grubunda bulunanlara göre anlamlı ölçek puanına sahiptirler. Ayrıca, diğer faktörler kontrol edildikten sonra, öğretim üyesi ($\beta=10.40$, $p<0,001$) ve idari personel ($\beta=8.36$, $p=0,008$) öğretim görevlisine göre daha yüksek ölçek puanına sahiptirler. Daha önce afet yaşama, acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim alma durumu ile ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Geçerlik-Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Değerlendirme

Bu bölümde, bu çalışmaya ait ölçek geliştirme çalışması sonucu elde edilen geçerlik-güvenirlik bulguları, mümkün düzeyde depreme hazırlıkla ilgili ölçek çalışmalarının sonuçları ile tartışılmaktadır.

Sağlık İnanç Modeli, toplum sağlığını korumaya yönelik planlanmış pek çok programda kullanılmıştır. Bu programlar, meme kanseri, osteoporoz, AIDS gibi toplumda sık görülen sağlık sorunları için yapılmıştır. Sağlık İnanç Modeli, kişisel sağlık davranışını subjektif algılar ve dış belirleyiciler sonucunda açıkladığını belirtir (103). Bireylerin acil durumlardan/afetlerden en az zararı görmesi için yaptığı veya yapacağı davranışı etkileyen pek çok faktör vardır. Öncelikle bireyin bu zarar veren durumu algılaması önemlidir. Eğer birey daha önce böyle bir durumla karşılaşmış ise önerilen davranışı kolaylıkla kabullenip davranışa dönüştürebilir. Birey daha önce böyle bir durumla karşılaşmamış ancak yakalanma olasılığı yüksek ise önerilen davranışı kabullenmesinde problem olabilir. Öncelikle yakalanma olasılığının algılaması sağlanmalı, bilgi verilmeli ve motive edilmelidir. Bu anlamda acil durumlara/afetlere hazırlıklı olma davranış açıklamalarında bu modelin kullanılması uygun görülmektedir. Bu çalışmada, acil durumlara/afetlere hazırlıklı olma davranışında istenilen endişeleri açıklamaya uygun olması ile “Algılanan Duyarlılık”, “Algılanan Ciddiyet”, “Algılanan Yarar”, “Algılanan Engeller”, “Eyleme Geçiriciler”, “Öz Yeterlilik” alt boyutlarıyla bu davranışı açıklaması ve destekliyor olmasından ötürü Sağlık İnanç Modeli’nden yararlanılması çalışmanın güçlü yönlerindendir. Şakiroğlu’nun 2005 yılında 218 yetişkin (20-67 yaşları arasında 120 kadın ve 98 erkek) üzerinde gerçekleştirmiş olduğu depreme hazırlık davranışı ile ilgili değişkenlerin belirlenmesi çalışmasında, Olayın Etkisi Ölçeği (Impact of Event, IES) ile katılımcıların depremle ilgili sıkıntıları, Başa Çıkma Yolları Ölçeği (Ways of Coping Inventory, WCI) ile katılımcıların kullandıkları başa çıkma stratejileri, Sürekli Kaygı Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) ile katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ve MLEPS (Mulilis-Lippa Earthquake Preparedness Scale) ile katılımcıların depreme hazırlık seviyeleri, hazırlanmanın zorluğu ve yararlılığı ile ilgili algıları ölçülmüştür (9). Mulilis ve Duval

çalışmalarında, Algılanan Kaynakların Olay Algısına Göreceliği Modeli'nin öz yeterlilik (bir şeyi yapmak için kişisel kapasiteyi dikkate alan inançlar), kişisel özellikler ve ciddiyet (olması mümkün bir depremin zarar verme derecesinin tahmini gibi) değişkenleriyle müdahale yeterliliği (bir problemi azaltacak kişisel faaliyetlerin algıları) ve olayın olma ihtimali (olması mümkün bir depremin zamanı ile ilgili fikri) gibi faktörleri depreme hazırlık davranışını belirlemede ilgili değişkenleri açıkladığını belirtmektedir (182). Lindell ve Perry, deprem hazırlık davranışının belirleyici faktörleri üzerinde durmuştur (183). Bu faktörlerin algılanan risk, davranışlar ve depremin yakınlık derecesi olduğu belirtilmektedir. Jackson ve Mukerjee tarafından 1974 yılında San Francisco'da 120 kişi ile gerçekleştirilen 8 maddelik kontrol listesinde bir madde yapısal değişikliği içerirken, diğer maddeler deprem sigortası gibi deprem sonrası ile ilgili satın alma maddelerini içermektedir (184). Mulilis ve Lippa tarafından 1990 yılında geliştirilen MLEPS ölçeği, ölçekteki her bir madde için bireylerin depreme hazırlık derecelerini [Hazırmısınız? sorusuna; Evet(), Hayır(), Emin değilim()] ve deprem için hazırlıklı olmalarının algılanan zorluk derecelerini [Ne kadar zor? Hiç (), Biraz (), Çok zor ()] ölçen 27 maddelik bir ölçektir (144). Spittal ve arkadaşları tarafından geliştirilen 23 maddelik Deprem Hazırlığı Ölçeği, deprem zararlarını azaltacak zarar azaltma faaliyetlerini ve büyük bir deprem sonrası hayatta kalmayı kolaylaştıracak planlama faaliyetlerini içeren maddelerden oluşmaktadır (119).

Bu çalışma için maddelerin faktör yüklerinin 0,44 ve 0,77 arasında olduğu bu sonuçların analiz için uygun olduğu görülmüştür. Russell ve arkadaşları tarafından 1995 yılında gerçekleştirilen 17 maddelik çalışmada hayatta kalma, planlama ve zarar azaltma olmak üzere 3 faktörü belirlemek için yapılan analizde de bu çalışmaya benzer şekilde bu faktörlerin 0,42 ve 0,73 arasında olduğu saptanmıştır (156).

27 maddelik MLEPS ölçeğinin depreme hazırlık maddeleri için iç tutarlılığı (Cronbach Alfa katsayıları) 0,68 ile 0,97 arasında olup, algılanan zorluğu ile ilgili maddeleri için ise iç tutarlılığı (Cronbach Alfa katsayıları) 0,84 ile 0,94 arasında olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada da, benzer şekilde ölçek ve alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayısının 0,70 üzeri olması ölçme aracının güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır. Şakiroğlu'nun 27 maddelik MLEPS ölçeğini Türkçe'ye

uyarlaması çalışmasında, uzmanlardan gelen görüşler doğrultusunda ölçeğe 5 madde eklenmiş ve 4 madde silinmiştir. Bahsi geçen ölçekte depreme hazırlık; *malzeme temini* (fenere, radyoya sahip olma gibi), *amaca uygunluk* (su vanasını kapamayı bilme gibi), *sabitleştirme* (mobilyaları sabitleştirme gibi), *planlama* (buluşma yeri belirleme gibi) ve *bilgi* (depreme hazırlıkla ilgili materyaller okuma) olmak üzere 5 kategoride değerlendirilmiştir. *Malzeme temini* boyutu için depreme hazırlık derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,78, algılanan zorluk derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,89, yararlılık derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,91 bulunmuştur. *Amaca uygunluk* boyutu için depreme hazırlık derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,84, algılanan zorluk derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,87, yararlılık derecesi 0,85 olarak belirtilmektedir. *Sabitleştirme* boyutu için depreme hazırlık derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,74, algılanan zorluk derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,88, yararlılık derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,89 belirtilmektedir. *Planlama* boyutu için ise depreme hazırlık derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,64, algılanan zorluk derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,78, yararlılık derecesi 0,73 iken, *Bilgi* boyutu için depreme hazırlık derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,49, algılanan zorluk derecesi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,74, yararlılık derecesi 0,83 olarak belirtilmektedir (9). Şakiroğlu'nun depreme hazırlık davranışı ile ilgili değişkenleri belirlemek amacıyla gerçekleştirmiş olduğu çalışmasında yukarıda bahsi geçen 4 ölçek (IES, WCI, STAI, MLEPS) bu çalışma sonucu elde edilen “Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek” ile tek bir ölçeğe indirgenerek, acil durumlara/afetlere hazırlık davranış açıklamalarını sağlayacak değişkenlerin ayrıntılı şekilde belirlenmesini sağlayabilecektir.

Test-tekrar test analizi ile bir testin aynı bireylere belirli bir zaman aralığı ile tekrar uygulanması sonucunda güvenirliği sınanmaktadır. Bu analiz sonucu Pearson korelasyon katsayısının 0,70’in altına düşmemesi istenmektedir (180). MLEPS ölçeğinin de depreme hazırlık ve algılanan zorluk dereceleri için gerçekleştirilen test-tekrar test güvenirlik analizi sonuçları bu çalışma ile benzer şekilde, 4-6 haftalık süre için 0,78, 3 aylık süre için ise 0,64 olup zamanla azalma yönünde bir değişiklik göstermektedir (119).

Verinin temelindeki yapıyı değerlendiren açıklayıcı faktör analizinin uzantısı olarak doğrulayıcı faktör analizi yöntemi kullanılmıştır (185). Doğrulayıcı faktör analizi, amacı önceden tanımlanan bir faktör modelinin, elde edilen veriler doğrultusunda gözlenen veri seti ile uyuma yeteneğini belirler (186). Doğrulayıcı faktör analizi, daha çok açıklayıcı faktör analizi çalışmalarından sonra uygulanan, son derece etkili bir yöntemdir (173, 187). Açıklayıcı faktör analizi hipotez kurmaya yönelik bilgi edinilmesini sağlarken, doğrulayıcı faktör analizi belirlenen faktörler arasında yeterli düzeyde ilişkinin olup olmadığını, hangi değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirlerinden bağımsız olup olmadığını, faktörlerin modeli açıklamakta yeterli olup olmadığını belirler (188). Bu yüzden bu analizin uygulanması çalışmanın daha sağlam temeller üzerine oturmasını, modelin daha iyi açıklanmasını ve değerlendirmesini sağlamaktadır.

Araştırmaya Katılan Kişilerin Kişisel ve Acil Durumlara/Afetlere Hazırlık Durum Değişkenlerine İlişkin Değerlendirme

Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı acil durumlara/afetlere hazırlıkla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmadığından, bu bölüm Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı alt boyutlar üzerinden değil, acil durumlara/afetlere hazırlık davranışlarını etkileyen bağımsız değişkenler üzerinden tartışılmaktadır.

Bu çalışmada birçok acil durumlara/afetlere hazırlık çalışmasında olduğu gibi yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, gelir, ev sahibi olma durumu, medeni durum, çocuk sayısı, daha önce afet yaşama durumu gibi bağımsız değişkenler incelenmiştir (9, 108, 154, 156). Bu değişkenler afetlerde incinebilirlik çalışmalarında da incelenen ilgili faktörlerdir (89). Acil durumlar/Afetler ile ilgili alınan/alınacak koruyucu önlemler genellikle bireylerin risk algısı, demografik ve sosyoekonomik durumlarıyla ilişkili yetenekleri ile ilgilidir (159). Cinsiyet değişkeninin hazırlık davranışında etkili olmadığını belirten çalışmalar bulunmasına rağmen (147, 160, 161), kadınların erkeklerden daha çok koruyucu önlemler aldığını belirten çalışmalar da mevcuttur (156, 162, 189). Ancak bu çalışmada bunun aksine erkeklerin ölçek, öz yeterlilik, algılanan ciddiyet, algılanan duyarlılık ve algılanan engeller ve algılanan yarar alt boyut puan ortalamalarının kadınlardan anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,05$) yalnızca erkekler ve kadınların eyleme geçiriciler alt boyut

puan ortalaması arasında anlamlı farkın ($p>0,05$) olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç, Kirschenbaum'un çalışmasında belirtildiği üzere ilk yardım veya yangın söndürme gibi bilgi ve beceri ile ilgili hazırlık aktivitelerinde (bu çalışmada öz yeterlilik alt boyutu kapsamında) erkekler kadınlara göre daha yetkindir sonucuyla benzerlik göstermektedir (142). Erkeklerin algılanan engeller, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar alt boyutlarında daha yüksek puan alması ise erkeklerin afetler sonrası hayatı idame etme sorumluluklarının artması ve karar alma süreçlerinde baskın olmasından ötürü acil durumlar/afetler konusuna daha özenli düşünmeleri ve davranmaları gereğinden kaynaklanabilir.

Baker çalışmasında hazırlık durumlarını etkileyen faktörlerin, gelir, ev sahibi olup-olmama durumu, yaş, öğrenim durumu, ailedeki kişi sayısı, çocuk sahibi olma durumu, evde yaşama süresi vb olduğunu belirlemiştir (154). Bahsedilen çalışmada, geliri yüksek olanlar, ev sahibi olanlar, 40 ve 70 yaş arası olanlar, öğrenim durumu yüksek olanlar, evde tek aile olarak yaşayanlar, evde 18 yaşının altında çocuğu olmayanlar ve evde 80 yaş üstü birey bulunmayanların anlamlı olarak daha yüksek hazırlık skoruna sahip oldukları belirlenmiştir. Bolluz ve arkadaşlarının gerçekleştirmiş oldukları çalışmada, yüksek sosyoekonomik durumu olanların kasırga uyarılarını anladıkları ve sığınakları edindikleri belirtilmektedir (163). Yüksek gelir gruplarında yer alanların düşük gelir grubunda yer alanlardan daha fazla hazırlık davranışı gösterdiğini kanıtlayan birçok çalışma mevcuttur (74, 156, 164). Bu durum, yüksek geliri olanların hazırlık aktivitelerini gerçekleştirmek için yeterli kaynaklara sahip olması ile açıklanabilir (74). Bu çalışmada da benzer şekilde gelir grupları arasında grupların hem toplam puan, hem de 6 alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ancak gelir grubu daha düşük olan ve geniş bir aralıkta temsil edilebilecek gruplar üzerinde daha geniş çaplı çalışmaların yapılması gereklidir.

Yaş gruplarının eyleme geçiriciler ile algılanan engeller alt boyutları dışındaki ölçek ve diğer alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Yaş yükseldikçe ölçek ve alt boyut puan ortalamaları artma eğilimindedir. Bu yaşın artması ile incinebilirliği yüksek olan grupların acil durumlar/afetler konusunda daha hassas olması gerekliliği ile açıklanabilir. Yaşlı

olmanın bir afet sonrası hayatta kalmak için daha çok temel ihtiyaçlara sahip olunması ile pozitif ilişkisi olduğu belirtilmektedir (142). Ancak yaş değişkeninin algılanan engeller alt boyutunda etkili olmaması dikkat çekicidir. Yaş değişkeninin algılanan engeller alt boyutuna olan etkisini belirleyecek çalışmaların yapılması gerçekleştirilecek müdahale çalışmaları için fayda sağlayacaktır.

Bu çalışma, öğrenim durumu değişkeni için ise lisansüstü olanların ölçek, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik alt boyut puan ortalamalarının öğrenim durumu lisans olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$); öğrenim durumu lisansüstü olanlar ile lisans olanların algılanan engeller alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı farkın ($p>0,05$) olmadığını saptamıştır. Öğrenim durumunun yüksek olmasının acil durumlara/afetlere hazırlıklı olma durumunu anlamlı olarak etkilediği birçok çalışma mevcuttur (74, 89, 154, 156). Bu durum yüksek öğrenim durumu olan bireyler tarafından afete hazırlık davranışları ile bu davranışların afetin zararlarını azaltabileceği arasındaki ilişkinin anlaşılmasından kaynaklanabilir (74). Öğrenim durumu daha düşük olan ve geniş bir aralıkta temsil edilebilecek gruplar üzerinde değerlendirmelerin yapılması gereklidir.

Yaşadığı evi kendine ait olanların algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalamalarının yaşadığı evi kira olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$); yaşadığı evi kendine ait olan ile kira olanların ölçek, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı farkın ($p>0,05$) olmadığı saptanmıştır. Bu değişkenin her bir alt boyuta olan etkisinin değerlendirilmesi için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır. Birçok çalışma ev sahibi olanların kiracı olanlardan daha fazla hazırlıklı olduğunu belirtmektedir (119, 147, 156, 161). Bu durumun kiracıların sık sık yer değiştirmeleri ve evler için kısa dönem plan yapmaları gereğinden kaynaklandığı belirtilmektedir (190).

Evli olanların ölçek, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, öz yeterlilik ve algılanan engeller alt boyut puan ortalamalarının bekârlardan anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,05$); evliler ile bekârların eyleme geçiriciler alt boyut puan ortalaması arasında ise anlamlı farkın ($p>0,05$) olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç

evli olanların, iki çalışmada (9, 63) da hazırlıklı olma nedenleri arasında yer alan *aile üyeleri için güvenliği sağlama* önceliğini benimsemelerinden kaynaklanabilir. Bu çalışmada, çocuk sahibi olanların ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamalarının çocuk sahibi olmayanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu; çocuk sayıları arasında ise algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farkın olmadığı ($p>0,05$); ölçek ve algılanan duyarlılık alt boyutlarının puan ortalamaları arasında ise anlamlı düzeyde farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Edwards, evde çocuk sahibi olmanın, güvenli olma konusunda daha duyarlı olunabileceği veya çocukların okullardan edindikleri koruyucu önlemleri eve getirebilecekleri düşüncesiyle afetlere hazırlığı pozitif olarak etkilediğini ifade etmektedir (74). Evde çocuğun varlığının hazırlığını belirleyicisi olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (142, 165).

Bu çalışmada daha önce hiç incelenmemiş olan görev unvanı değişkeni incelenmiştir. Görev unvanları arasında grupların hem toplam puan, hem de 6 alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşın yükselmesine paralel olarak görev unvanının da artması bu durumun yaş değişkeni ile benzerlik göstermesini sağlayabilmektedir. Farklı meslek gruplarını da içeren geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Birçok çalışma geçmiş afet deneyiminin önemli bir değişken olduğunu belirtmektedir (9, 166, 167). Bireylerin geçmiş deneyimleri risk algılarında ve uyarılara verdikleri tepkilerde farklılıklara sebep olabilir (168). Bu çalışmada daha önce afet yaşamayanların hem ölçek hem de 6 alt boyut puan ortalamalarının daha önce afet yaşayanlardan çok anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Çin’de 2011 de aşırı yoksul ev halkı ve Müslüman Azınlığa dayalı topluma ait daha önce yaşanmış afet tecrübesinin afete hazırlıkta iyi bir belirleyici olup olmadığını incelemek amacını taşıyan çalışmaya 213 ev halkının 133’ü (%62,4) katılmıştır. Çalışmaya katılan ve önceden afet yaşayanların yakın gelecekte afet riski yaşama algısı anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada, çalışmaya katılanların %10,7’sinin yalnızca acil durum/afet çantasına sahip olduğu belirtilmiş ve daha önce afet yaşama durumu ile acil durum afet çantası bulundurma, algılanan hazırlık seviyesi, afet durumunda kendilerini korumada yeterlilikleri ve ailelerini

korumada yeterlilikleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (63). Afetlerin etkilerini azaltmak için uygulanacak sağlık eğitimi ve müdahaleleri çalışmalarını geliştirmek için bu değişkenin bu programların uygulanacağı bölgelerde değerlendirilmesi gereklidir. 17 Ağustos Marmara Depreminin Yalova ili üzerinde son derece yıkıcı etkileri olmuştur. Bu çalışmada afet deneyimi şiddetinin belirleyicisi olarak 17 Ağustos Marmara depremini yaşama durumu incelenmiştir. Çünkü afet deneyiminin şiddeti de hazırlık durumunu etkileyen değişken olarak ifade edilmektedir (9). 17 Ağustos Marmara Depremi yaşama durumunun ölçek, algılanan duyarlılık, algılanan engeller, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı olarak farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$), algılanan yarar ve ciddiyet alt boyutları puan ortalamaları arasında ise anlamlı farkın olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır. 17 Ağustos Marmara Depremi'nin algılanan yarar ve ciddiyet alt boyutları üzerinde etkili olmaması dikkat çekicidir. Bu bireylerin risk algısı ile ilişkili olabilmektedir. Geçmiş afet deneyimi sonucu bireylerin fiziksel ve duygusal incinebilirlikleri *kişiselleşmiş riski* meydana getirir. Bu nedenle risk algısı, bireysel hazırlığa ilişkin çalışmalarda popüler bir değişken olarak kabul edilmektedir. Riskin yüksek algısının hazırlık davranışını artırdığını belirten çalışmalar mevcuttur (108, 146). Birçok çalışma da riskin kişiselleştirilmesi durumunda risk algısının hazırlık davranışını artıracağını ifade etmektedir (169, 170, 191). Bireyler çoğu zaman toplumun genelinin risk altında olduğunu kabul etmelerine rağmen, kendilerinin risk altında olduklarını düşünmezler (192). Bu durum gerçekçi olmayan iyimserlik önyargısından kaynaklanabilmektedir (192). Bu bağlamda, bireylerin Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı acil durumlara/afetlere hazırlık ölçeğinde yer alan algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet alt boyutlarındaki her bir değişkenin değerlendirilmesi ve yorumlanması çok önemlidir.

Acil durumlar/afetler ile ilgili eğitim almayanların hem ölçek hem de 6 alt boyut puan ortalamalarının acil durumlar/afetler ile ilgili eğitim alanlardan çok anlamlı düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışmaya katılanlar, çok düşük düzeyde (10 kişi, %3,5) acil durumlar/afetler ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç endişe vericidir. Acil durumlar/afetlerle ilgili eğitimlerin toplumun tüm kesimlerine ulaştırılması şarttır. Afete hazırlık çalışmaları, afet eğitimi programları ve medya ile devlette yürütülecek çalışmalarla ilgili çok

önemli ipuçları sağlarlar. Bu programların yönlendirilmesinde eyleme geçirici faktörlerin tanımlanması önemlidir. Hazırlıkla ilgili bilgi, hedeflenen kitlenin çok az bir kısmına ulaşmaktadır. Sheridan çalışmasında, çalışmaya katılanların %60,0'ının sıcaklıkla ilgili verilen mesajların onlar için davranış değişikliğini yaptığına inanmadıklarını, bu davranışı mesajlardan (uyarılardan) ötürü değil, havanın sıcak olmasından ötürü yaptıklarını belirtmiştir (171). Bu da acil durum/afet yöneticileri tarafından halkı anlamak konusunda yetersiz olunduğunun bir uzantısı olarak düşünülebilir. Hazırlık eğitimi programlarının tüm halka ulaşılması sağlanılmalı ve halkın bilinçlendirilmesi için alternatif yaklaşımlar benimsenmelidir.

Afetler, dünyada yıkıcı etki göstermelerine rağmen, insanlar afetlere hazırlık konusunda başarısızdırlar. Araştırmaya katılanların Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek'den aldıkları toplam puan ortalamasının (109,12±16,00) orta düzeyden yüksek olmasına rağmen, çalışmaya katılanların yalnızca %14,0'ı acil durum/afet çantası bulundurduğunu, %11,2'si acil durumlara/afetlere yeterince hazırlıklı bulunduğunu ifade etmektedir. Bu sonuç, Sheridan'ın Kuzey Amerika'da ki sıcaklıkla ilgili uyarıların halk algısı ve müdahalesi çalışmasıyla uyum göstermektedir. Sheridan çalışmasında, çalışmaya katılanların olayla ilgili bilgi düzeylerinin %90,0'ların üzerinde yaygın olmasına karşın, katılımcıların yalnızca %46,0'nın davranışlarını değiştirdiklerini belirlemiştir (171). Akompab ve arkadaşlarının Sağlık İnanç Modeli'nden yararlanarak sıcak hava dalgaları ve iklim değişikliği için adaptasyon davranışlarının belirleyicilerini saptamak için gerçekleştirdikleri çalışmada ise, iyi adaptasyon davranışlarına sahip olan bireylerin, yüksekokuldan sonra eğitim alanlar, yüksek düzeyde algılanan yarar ve yüksek düzeyde eyleme geçirici skoruna sahip oldukları ve yıllık 60,000 dolardan fazla kazananlar oldukları saptanmıştır (110). İnsanlar seyirci kalan (bystander) davranış şeklini tercih etmektedirler. Seyirci kalan davranış; insanların kötüden daha kötüye giden şeyleri hiçbir şeye karışmadan izleme eğilimi olarak tanımlanmaktadır (193). Afetlere hazırlık olma konusundaki bu başarısızlık birçok psikolojik faktörleri içermektedir. Reser, bu psikolojik faktörleri; farkındalık, bilgi, beklenti, ilgi, düşünce, his, deneyimlenen stres, motivasyon, niyet, başkasının düşüncelerini/hislerini ele alma olarak ifade etmektedir (172). Muhtemel bir risk hakkındaki bilgi ve farkındalık, davranış değişikliği için yeterli bir durum değildir.

Motivasyon da toplum hazırlığının olmazsa olmaz şartı olarak kabul edilmektedir. Çünkü motivasyon; ilgi, endişe ve davranışa teşvik eden psikolojik faktördür (194). Bu nedenle Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı her bir alt faktörün belirlenmesi ve bireylerin eksik yönleri konusunda motive edilmesi çok önemlidir. Bu faktörlerin belirlenmesi, afetlere hazırlanmaları için insanları motive etmeye çalışacak halk sağlığı çalışanlarına ve acil durum/afet yöneticilerine bilgi sağlar. Mevcut afet yönetimi süreci, bireylerin motivasyonlarını ve kapasitelerini artırma olanağı sağlamalıdır. Bu da ancak bireylerin problemin bir parçasından çok çözümün bir parçası olarak görülmesi ve planlama sürecinde birlikte planlama mantığıyla, güçlendirici ve cazip hale getirici aşamaları içermelidir. Semenza ve arkadaşlarının iklim değişikliği adaptasyon ve zarar azaltma faaliyetleri için kişisel motivasyon ile ilgili çalışmalarında, zarar azaltma çalışmalarındaki kişisel motivasyonun iklim değişikliğinin ciddiyeti, etkileri ve tehlikeler ile ilgili yüksek düzeyde algılanan duyarlılığa bağlı olduğu, adaptasyonun ise iklim değişikliği ile ilgili bilgiye erişime bağlı olduğu belirlenmiştir (111).

Kendi görüşüne göre acil durumlara/afetlere yeterince hazırlıklı olma durumuna ilişkin ifade “göreceli” bir gösterge olmakla birlikte, hazırlıklı olma durumunun belirleyicisi olarak kabul edilebilir. Çalışmaya katılanların %11,2’si olmak üzere çok düşük düzeyde acil durumlara/afetlere yeterince hazırlıklı olduklarını belirtmişlerdir. Bu düzeyin artırılması gereklidir. Çünkü acil durumlara/afetlere yeterince hazırlıklı olmadığını ifade edenlerin hem ölçek hem de 6 alt boyut puan ortalamalarının yeterince hazırlıklı olduğunu ifade edenlerden çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bu modele göre değerlendirilen her bireyin eksik yönleri belirlenerek, bu eksikliklerin düzeltilmesi ve tamamlanması gereklidir. Bu faktörlerin acil durum/afet yöneticileri tarafından anlaşılması önemlidir. Acil durum/afet yöneticileri tarafından bu kritik faktörlerin anlaşılması toplumların incinebilirliklerini azaltacak ve iyileşme yeteneği ve hazırlıklı olmalarını artıracaktır (195). Amerika Kızılhaç’ı, halkın çoğunun hazırlığının yeterli olmadığını belirtmektedir. Araştırma kapsamındaki Amerikalıların %60,0’ı hiçbir afete hazırlıklı olmadığını, %82,0’ı ise “Eğer biri hazırlığı benim için kolay yaparsa yaparım” şeklinde belirtmiştir (195). Baker’in Floridaki kasırgaların akibeti için eve ait hazırlıklı ile ilgili çalışmasında; 1200 ev

halkına ait yapılan çalışmanın %80,0'nın fenerlere, bir radyoya, yiyecek stokuna, değerli kağıtlara ve ilaçlara sahip olduğunu, %56,0'nın yeterli suya ve %30,0'ından fazlasının jeneratöre sahip olduğu belirlenmiştir (154). Şakiroğlu'nun çalışmasında yapılan regresyon analizi sonuçları ise geçmiş deprem yaşantısının şiddetinin, kaçınma belirtilerinin, önlem almanın algılanan zorluğunun ve önlem almanın algılanan yararının depreme önlem alma davranışı ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu anlamlı çıkan faktörler, geçmiş deprem yaşantısının şiddetinin ve önlem almanın algılanan yararının depreme önlem alma davranışını pozitif yönde yordadığını, kaçınma belirtilerinin ve önlem almanın algılanan zorluğunun ise depreme önlem alma davranışını negatif yönde yordadığını belirtmektedir (9). Bahsedilen çalışmada çalışmaya katılanların hazırlıklı olmama sebepleri; *ihmkarlık* (%45,4), *binaya güvenme* (%29,8), *yeterince paraya sahip olmama* (%25,7), *kiracı olma* (%19,7), *yeterli zamana sahip olmama* (%16,5), *evde uzun süre yaşamama* (%14,7), *ne yapacağını bilmeme* (%13,8), *kadercilik yaklaşımı* (%11,5), *deprem olmayacak ihtiyaç yok* (%6,4) olarak ifade edilmektedir. Hazır olma sebepleri ise; *aile için güvenliği sağlama* (%67,0), *kendini güvende hissetme* (%61,9), *bilim adamlarının açıklamaları* (%23,4), *binaya güvenmeme* (%18,8), *yakınlarının hazırlanması* (%2,3) olarak belirtilmiştir.

Bu çalışmada acil durum/afet çantası olmayanların hem ölçek hem de 6 alt boyut puan ortalamalarının acil durum/afet çantası olanlardan çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Çalışmaya katılanların %86,0'nın bireysel acil durum/afet çantasına sahip olmadıkları belirlenmiştir. Hâlbuki bireylerin acil durum/afet çantası bulundurmaları acil durum/afet sonrası zararlarını azaltacaktır. Bireylerin çantanın etkililiğine inandırılması şarttır. Bir eylemin algılanan etkililiği hazırlık aktivitelerinin benimsenmesi olasılığını yükseltmektedir (192). Chan ve arkadaşlarının çalışmasında, araştırmaya katılanların afet seti bulundurmama sebepleri; *aklının ucundan geçmemek* (%42,7), *yapmak istediği ancak kaynakların sınırlı olduğu* (%31,7), *önemli ve gerekli olduğuna karar vermedikleri* (%10,7), *uygulamak için zamana sahip olmadıkları* (%9,8) olarak belirtilmiştir (63).

Yukarıda bahsedilen bağımsız değişkenler ile ölçek toplam puanı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çoklu lineer regresyon sonucu acil durumlara/afetlere hazırlık konusunda önemli ipuçları elde edilmiştir. Evli olmak, görev unvanı, aylık gelir, afet yaşama durumu ve acil durumlar/afetler konusunda eğitim almış olmak bu çalışma için ölçek toplam puanını daha çok etkileyen bağımsız değişkenlerdir. Gerçekleştirilmesi düşünülen müdahale çalışmaları bu değişkenler dikkate alınarak gerçekleştirilmelidir.

Bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları mevcuttur. Ölçeğe ilişkin veriler Yalova Üniversitesi'nin toplam 286 akademik ve idari personelinden elde edilen veriler ile sınırlıdır. Çalışma grubunun sadece Yalova Üniversitesi personelinden oluşması, tek bir kurumda yürütülmesi sınırlı bir çalışma grubunu oluşturmaktadır. Geliştirilen ölçek yeni bir ölçektir ve gelecek çalışmalarda daha fazla sayıda ve farklı örneklem gruplarıyla sınanması gerekmektedir. Gerçekleştirilecek çalışmalar, ölçeğin farklı boyutlarının daha net anlaşılmasını ve tartışılmasını sağlayacaktır. Araştırmada ölçek taslağının zamana göre değişmezliğini test etmede test-tekrar test yöntemi gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen analiz çalışmalarında 30 sayısının yeterli olduğu ifade edilmesine rağmen, test-tekrar testin daha güvenilir sonuçlar vermesi için tüm katılımcılara olanakların kısıtlı olmasından ötürü yeniden uygulanamaması, örneklem büyüklüğü sayısının geçerlik-güvenirlik çalışmalarında daha sağlıklı sonuçlar vermesi için ulaşılması istenilen madde sayısının 10 katına ulaşılabilmesi araştırmanın sınırlılıklarıdır. Ayrıca, ulusal ve uluslararası literatürde, Sağlık İnanç Modeli yaklaşımı ile acil durumlar/afetler ile ilgili çalışmalar sınırlı olup (109-112), acil durumlara/afetlere hazırlık ile ilgili ölçek ve çalışmalara rastlanmadığından yalnızca depreme hazırlık ölçekleri yer almasından ötürü araştırma bulgularının tartışılmasında da sınırlılıklar yaşanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

- ✚ “Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek” taslağının madde-toplam puan korelasyonları sonucunda 33 maddeye düştüğü, ölçek maddelerinin açımlayıcı faktör analizi sonucunda en uygun şekilde 6 faktör boyutunda toplandığı, ölçeğin alt boyutlarının adlandırılması teorik modelle de uygun olarak; Algılanan Duyarlılık, Algılanan Ciddiyet, Algılanan Yarar, Algılanan Engeller, Eyleme Geçiriciler ve Öz Yeterlilik olarak adlandırıldığı, ölçeğin tümü için Cronbach Alpha katsayısının 0,90 olduğu (alt boyutlar için Cronbach Alpha katsayısının $>0,70$ olduğu), test-tekrar test güvenilirliğinin 0,72 saptandığı ve yordama gücünün çok ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<0.001$) (alt boyutlar arasında da anlamlı farklılıkların saptandığı) ve doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının uygun bulunduğu geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmiştir.
- ✚ Araştırmaya katılanların çoğunluğunu 30-34 yaş grubunda, erkek, lisansüstü, evli, çocuk sahibi olmayanlar, olanların ise iki ve üzeri çocuğa sahip, aylık gelirlerinin 2,5-2,999 bin TL, idari personel ve kendi evlerinde yaşadıkları,
- ✚ Araştırmaya katılanların çoğunluğunun daha önce afet yaşadığı, 17 Ağustos Marmara depremini yaşadığı, acil durumlara/afetlere yeterince hazırlıklı olmadığı, bireysel acil durum/afet çantasına sahip olmadıkları, acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim almadıkları,
- ✚ Araştırmaya katılanların ölçekten aldıkları toplam puan ortalamasının orta düzeyden yüksek olduğu,
- ✚ Cinsiyetler arasında yalnızca *Eyleme Geçiriciler* alt boyutunda anlamlı farklılığın olmadığı ancak ölçek ve tüm alt boyutlarda erkeklerin puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu,

- ✚ Yaş grupları arasında *Algılanan Engeller* ve *Eyleme Geçiriciler* alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıkların olmadığı,
- ✚ Öğrenim durumu lisans ve lisansüstü olanlar arasında yalnızca *Algılanan Engeller* alt boyutunda anlamlı farkın olmadığı,
- ✚ Evli olanların ölçek ve diğer alt boyutlardaki puan ortalamalarının (Eyleme Geçiriciler alt boyutu dışında ki) anlamlı olarak daha yüksek olduğu,
- ✚ Çocuk sahibi olanların ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamalarının çocuk sahibi olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu,
- ✚ Acil durumlarla/afetlerle ilgili eğitim alma durumu ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar olduğu,
- ✚ Daha önce afet yaşama durumu ile ölçek ve diğer alt boyutlar arasında anlamlı farklılıklar olduğu ancak 17 Ağustos Marmara Depremini yaşama durumu ile *Algılanan Yarar* ve *Algılanan Ciddiyet* alt boyutunda anlamlı farkın olmadığı,
- ✚ Acil durum/afet çantası sahibi olma durumu ile ölçek ve 6 alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır.
- ✚ Gerçekleştirilen çoklu linner regresyon sonucunda ise bağımsız değişkenlerden medeni durum, aylık gelir, görev unvanı, daha önce afet yaşama durumu, 17 Ağustos Marmara Depremi yaşama durumu ve acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim alma durumu ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- ✚ “Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek” ve taslağının farklı sosyodemografik (yaş, medeni durum vb.) ve özellikle farklı sosyoekonomik düzeyleri temsil eden örneklemelere uygulanması sağlanmalıdır.

- ✚ “Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçek”in Sağlık İnanç Modeli’nde bireylerin algılarında etkili olabilecek bu çalışmada yer almayan farklı değişkenlerin de araştırılması ve değerlendirilmesi sağlanmalıdır.
- ✚ Durumları saptanan bireylerin eksik yönlerinin giderilmesine yönelik eğitim programları, içerikleri düzenlenmelidir.
- ✚ Çocuğu olmayan bireylerin, afet yaşamayan, evli olmayan bireylerin bu konuda daha duyarlı olabilmesi için interaktif eğitim tekniklerinden yararlanılmalıdır. Çeşitli oyunlaştırmalar (role play), vaka çalışmaları, beyin fırtınası, film gösterme, simülasyon ve deprem yaşayan bireylerin deneyimlerini anlatması, aktarması gibi aktiviteler sağlanmalı ve toplum daha duyarlı hale getirilmelidir.
- ✚ Sağlık İnanç Modeli alt boyutları ile ilişkili değişkenlerin dikkate alındığı eğitim programlarının uygulanması ve bu eğitim programlarının toplumun tüm kesimlerine ulaşması sağlanmalıdır.
- ✚ Toplumda acil durumlara/afetlere hazırlık düzeyinin artırılmasına yönelik gerçekleştirilecek programlarda, projelerde, araştırmalarda geliştirilen ölçekten yararlanılması, durum saptama çalışmaları yapılması sağlanmalıdır.
- ✚ “Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Ölçeği”nin belirli aralıklarla uygulanması ve gerçekleştirilen programların etkililiğinin değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Özvarış, B. Ş. (2011). Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. s. 37- 48.
2. Levac, J., Toal-Sullivan, D., O’Sullivan, T L. (2012). Household Emergency Preparedness: A Literature Review. *J Community Health*. 37: 725-733.
3. Rebmann, T., Elliott, M.B., Reddick, D. D., Swick, Z. (2012). US School/Academic Institution Disaster and Pandemic Preparedness and Seasonal Influenza Vaccination Among School Nurses. *Am J Infect Control*. 40: 584-589.
4. Rebmann, T., Wang, J., Reddick, D., Swick, Z., Minden-Birkenmaier, C. (2013). Healthcare Versus Non-Healthcare Businesses’ Experiences During The 2009 H1N1 Pandemic: Financial impact, Vaccination Policies, and Control Measures Implemented. *Am J Infect Control*. 41: e49-54.
5. Rebmann, T., Strawn, A.M., Swick, Z., Reddick, D. (2013). Personal Disaster and Pandemic Preparedness of U.S. Human Resource Professionals. *J Biosafety Health Educ*. 1: 102. doi:10.4172/jbhe.1000102.
6. İnal, E., Kocagöz, S., Turan, M. (2012). Temel Afet Bilinç ve Hazırlık Düzeyinin Saptanmasına Yönelik Bir Araştırma. *Türkiye Acil Tıp Dergisi - Tr J Emerg Med*;12(1):15-19
7. Özşahin, E., Kaymaz, K.Ç. (2013). Afet Kültürünün Değerlendirilmesine Bir Örnek: Antakya Şehri [Bildiri]. Türkiye Deprem Mühendisliği ve Sismoloji Konferansı 25-27 Eylül 2013 –MKÜ–HATAY. Erişim Tarihi: 01.07.2014. <http://www.tdmd.org.tr/TR/Genel/pdf/TDMSK039.pdf>
8. Dedeoğlu, N. (2005). Afetlere Niye Hep Hazırlıksız Yakalanıyoruz? Bir Antalya Araştırması [Bildiri]. *Deprem Sempozyumu Kocaeli*. 23-25 Mart 2005.1503-05. Erişim Tarihi: 01.07.2014. http://kocaeli2007.kocaeli.edu.tr/kocaeli2005/deprem_sempozyumu_kocaeli

[2005/8 deprem ve insan/d 52 afet yönetimi afete hazirlik ve afet bilinci /afetlere niye hep hazirliksiz yakalaniyoruz bir antalya arastirmasi.pdf](#)

9. Şakiroğlu, M. (2005). Variables Related To Earthquake Preparedness Behavior. Master Thesis, Middle East Technical University the Department of Psychology, August.
10. Vatan, F., Salur, D. (2010). Yönetici Hemşirelerin Hastanelerdeki Deprem Afet Planları Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*. 3(1): 32-44.
11. Kokcu, A., Kuguoglu, S., Ergun A. (2012). An Assessment of Emergency and Disaster Preparedness in High Schools in Istanbul-Turkey. *Health MED*. 6(8): 2620-2634.
12. Altıntaş, K.H. (2006). Afetler ve Afet Tıbbı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Güler Ç, Akın L. (Ed.). 12: 635-682.
13. United Nations, Department of Humanitarian Affairs. (1992). Internationally Agreed Glossary of Basic Terms Related to Disaster Management. (DNA/93/36). United Nations. Geneva.
14. Akyel, R. Türkiye Kamu Yönetiminde Afet Yönetimi. Erişim Tarihi: 15.07.2014.
<http://kisi.deu.edu.tr/yunusemre.ozel/TURKIYE%20AFET%20YONETIMI.pdf>. Erişim Tarihi:06.05.2014.
15. Tezer, A. Acil Durum Yönetiminin Dört Evresi. Tezer, A. (ed). Acil Durum Yönetimi İlkeleri. 2005. İkinci baskı. ISBN 975-561-204-1, İTÜ Afet Yönetim Merkezi. s. bölüm 2-19.
16. Ersoy, Ş. (2013). 2013 Afet Raporu ‘‘Dünya ve Türkiye’’. Yıldız Teknik Üniversitesi, Doğa Bilimleri Araştırma Merkezi. s.2. Erişim Tarihi: 20.07.2014.
http://www.yildiz.edu.tr/images/images/2013%20AFET%20RAPORU_v2.pdf

17. Care of The Dead in Disasters. Erişim Tarihi: 01.11.2013.
http://www.wpro.who.int/media_centre/fact_sheets/fs_20061207.
18. Ergünay, O., Gülkan, P., Güler, H.H. Afet Yönetimi ile İlgili Terimler. Erişim Tarihi:02.11.2013.
<http://www.yalovailafetacil.gov.tr/ekitap/Afet%20Y%C3%B6netimi%20%C4%B0le%20%C4%B0lgili%20Terimler.pdf> . s.6.
19. Guha-Sapir, D., Hoyois, Ph., Below, R. (2013). Annual Disaster Statistical Review 2012: The Numbers and Trends. Brussels: CRED; s.3.
20. Ministry of Public Works and Settlement: Disaster management system of Turkey and Lessons Learned From 1999 Big Earthquake. Erişim Tarihi:01.08.2014.
http://www.jst.go.jp/asts/asts_mon/files/dr_akin/DrAkin_Presentation.pdf.
21. TRCS (Turkish Red Crescent Society). Disaster of Turkey: 10th anniversary. [new.kizilay.org.tr/News-Disaster.Of.Turkey..10.Th. Anniversary](http://new.kizilay.org.tr/News-Disaster.Of.Turkey..10.Th.Anniversary). Erişim Tarihi:01.11.2013.
22. Tüysüz, O. (2003). “İstanbul için Deprem Senaryolarının Hazırlanmasında Coğrafi Bilgi Sistemlerinin Kullanımı”, İTÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi.
23. Güvel, E. A. (2001). Doğal Afetlerin Politik Ekonomisi: Doğal Riskler ve Afet Planlaması. İstanbul: İMKB Yayını.
24. CRED. (2011). Annual Disaster Statistical Review 2011: The Numbers and Trends Hazırlayanlar: Debby Guha-Sapir, Femke Vos, Regina Below ve Sylvain Ponserre, The Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, Brussels. <http://www.cred.be/>.
25. Karagöz, K. 1999 Marmara Depreminin Ekonomik Etkileri: Ekonometrik Bir Yaklaşım [Bildiri]. TMMOB Afet Sempozyumu. Erişim Tarihi:05.07.2014.
<http://www.e-kutuphane.imo.org.tr/pdf/3924b.pdf>.
26. ISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). (2002). Disaster Reduction and Sustainable Development. Erişim Tarihi: 03.07.2014.
<http://www.gdrc.org/uem/disasters/disenvi/DR-and-SD-English.pdf>

27. Anderson, M., Dobardzic, S., Gardiner, D. (2006). Climate Change and Insurance: An Agenda for Action in the United States. Allianz Group and WWF. s.9.
28. Kreps, G., Drabek, T. (1996). Disasters are Nonroutine Social Problems. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*. 14(2):129-153.
29. Sattler, DN., Preston, AJ., Kaiser, CF. ve ark. (2002). Hurricane Georges: A Cross-National Study Examining Preparedness, Resource Loss, and Psychological Distress in The U.S. Virgin Islands, Puerto Rico, Dominican Republic, and the United States. *J Trauma Stress*, 15:339–350.
30. Aker, T. (2006). 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 17(3):204-212. Erişim Tarihi:10.05.2014.
<http://www.turkpsikiyatri.com/c17s3/1999marmara.pdf>.
31. Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E., Livanou, M. (2002). Traumatic Stress Responses in Earthquake Survivors in Turkey. *J Trauma Stress*, 15:269-276.
32. Karamustafalıoğlu, O. (2004). Deprem Sonrası İstanbul İli'nde Ruhsal Travmanın Etkilerinin Değerlendirilmesi [Bildiri]. Ruhsal Travma Toplantıları III; Afet Sonrası Ruh Sağlığı: Önleme, Tedavi ve Örgütlenme, İstanbul.
33. Helsloot, I., Ruitenberg, A. (2004). Citizen Response to Disasters. A survey of literature and some practical implications. *Journal of Contingencies and Crisis Management*. 12(3):98-111.
34. Pearce, L. (2003). Disaster Management and Community Planning, and Public Participation: How to Achieve Sustainable Hazard Mitigation. *Natural Hazards* 28:211–228.
35. Dynes, R R. (1998). What is a Disaster? Editör: E. L. Quarantelli, Routledge, London.

36. Alexander, D. (2002). From Civil Defence to Civil Protection – and Back Again. *Disaster Prevention and Management*. Vol. 11, Iss: 3:209 – 213.
37. Drabek, T. E. (1991). The Evolution of Emergency Management. Drabek, T. E. , Hoetmer, G.J. (eds), *Emergency Management: Principles and Practice for Local Government*, International City Management Association, Washington, DC, s. 3–29.
38. Özmen, B., Özden, T A. (2013).Türkiye’nin Afet Yönetim Sistemine İlişkin Eleştirel Bir Değerlendirme. *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. 49:1-28
39. UN-ISDR. (2005). Living With Risk - Focus on Disaster Risk Reduction, Living With Risk – A Global Review of Disaster Reduction Initiatives, Chapter 1.
40. OECD. (2010). Policy Handbook on Natural Hazard Awareness and Disaster Risk Reduction Education, International Network on the Financial Management of Large-Scale Catastrophes.
41. UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction) (2005). Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters. Kobe.
42. 25/5/1959 kabul tarihli 7269 Sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun.
43. World Development Report 2000/2001Attacking Poverty. (2000). Reducing Vulnerability to Natural Disasters. World Bank Oxford University Press.
44. 29/05/2009 kabul tarihli 5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun.
45. Özcan, Ş. A. (2011). Afet ve Acil Durum Yönetimi Mahiyeti, İlgili Kurumları ve Kapsamı. İdarecinin sesi / mart - nisan / s.11-16. Erişim Tarihi: 11.03.2014.http://www.tid.web.tr/ortak_icerik/tid.web/144/11-16%20afet%20ve%20acildurum%20yönetimi.pdf.
46. Kadioğlu, M. (2008). Modern Bütünleşik Afet Yönetimin Temel İlkeleri. İçinde: Kadioğlu M, Özdamar E, editörler. *Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri*. Ankara: JICA Türkiye Ofisi Yayınları, no: 2 s:1-34.

47. Entegre Acil Durum Yönetimi Sistemine Giriş. (2005). Tezer A (Ed). Acil Durum Yönetimi İlkeleri. 2005.ikinci baskı. ISBN 975-561-204-1, İTÜ Afet Yönetim Merkezi. s. bölüm 1-31.
48. Demirci, A., Karakuyu, M. (2004). Afet Yönetiminde Coğrafi Bilgi Teknolojilerinin Rolü. *Doğu Coğrafya Dergisi*. 9(12): 67-101.
49. Özkul, B., Karaman, E. Doğal Afetler İçin Risk Yönetimi [Bildiri].TMMOB Afet Sempozyumu s.251-260.
50. Yılmaz, A. Afetlerden Önce Gerçekleştirilmesi Gereken Afet Yönetimi Çalışmaları. *Türk İdare Dergisi*. 205-219. Erişim Tarihi: 02.07.2014.<http://www.tid.gov.tr/Makaleler/AYILMA.DOC>.
51. Gündoğdu, O. (1996). Türkiye’de Yıkıcı Depremlere Karşı Alınması Gereken Önlemler ve İstanbul Örneği [Bildiri]. Erzincan ve Dinar Deneyimleri Işığında Türkiye’nin Deprem Sorunlarına Çözüm Arayışları. TÜBİTAK Deprem Sempozyumu Bildiriler Kitabı. s. 293.
52. Ruchelman, L. (1988). Natural Hazard Mitigation and Development: An Exploration Of The Roles Of The Public and Private Sectors.Managing Disaster - Strategies and Policy Perspectives. Comfort K L. (Ed). Durham and London: Duke University Press. s. 60.
53. Carby, B. (1997). The Do’s and Don’ts Of Risk Reduction. UNESCO Courier. Vol. 50, Issue: 10, s. 19 - 20.
54. Taş, N. (2003). Yerleşim Alanlarında Olası Deprem Zararlarının Azaltılması. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi*. Cilt 8, Sayı 1. s.225-231.
55. Ertürkmen, C. (2006). Afet Yönetimi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kamu Yönetimi ve Siyaset Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. s.18-25.
56. Waugh, L W. (1990). Terrorism and Emergency Management-Policy and Administration, USA: Marcel Dekker, Inc. s. 15
57. ADRC (Asian Disaster Reduction Center). (2005). Total Disaster Risk Management-Good Practices. UN World Conference on Disaster Reduction Kobe, Japan.

58. Yavuz, CI (2004). Afet Sonrası Organizasyon. Neler Yapıyoruz, Nasıl Yapıyoruz? [Bildiri]. Ruhsal Travma Toplantıları III; Afet Sonrası Ruh Sağlığı; Önleme, Tedavi ve Örgütlenme, İstanbul.
59. Kasapoğlu, A., Ecevit, M. (2003). Impact of the 1999 East Marmara Earthquake in Turkey Population and Environment, 24: 339-358.
60. Douglas, P., Johnston, D. (2001). Disasters and Communities: Vulnerability, Resilience and Preparedness. Disaster Prevention and Management. Volume 10. Number 4.s.270-277.
61. Bishop, B., Paton, D., Syne, G., Nancarrow B. (2000). Coping With Environmental Degradation: Salination as a Community Stressor. Network, Vol.12.s.1-15.
62. Millar, M., Paton, D., Johnston, D.(1999). Community Vulnerability to Volcanic Hazard Consequences. *Disaster Prevention and Management*. Vol.8. s.255-260.
63. Chan, E., Kim, H. J., Lin CCheung, L Y E., Lee, P P.(2014). Is Previous Disaster Experience a Good Predictor for Disaster Preparedness in Extreme Poverty Households in Remote Muslim Minority Based Community in China? *J Immigrant Minority Health*.16:466–472 DOI 10.1007/s10903-012-9761-9.
64. Petal, M. (2003). Causes of Deaths and Injuries in the August 17th, 1999 3:02 a.m. M=7.4 Kocaeli Earthquake, Research Report, Boğaziçi Üniversitesi, CENDIM, İstanbul.
65. Drabek, T. (1986). Human System Responses to Disaster: An Inventory of Sociological Findings, Springer-Verlag, New York.
66. Thomas, J. C. (1995). Public Participation in Public Decisions, Jossey-Bass, San Francisco, CA.
67. Tierney, K J., Goltz, J D. (1997). Emergency Response: Lessons Learned From The Kobe Earthquake. University of Delaware. Disaster Research Center. Erişim Tarihi: 01.07.2014.
<http://dspace.udel.edu/bitstream/handle/19716/202/PP260-Emergency%20Response%20Lessons%20Learned.pdf?sequence=1>.

68. T.C. İstanbul Valiliği Acil Durum ve Afet Yönetim Müdürlüğü. (2011). Toplumun Afetlere Hazırlık Eğitim Materyalleri, Birey ve Aile Depremde İçin İlk 72 Saat Kitapçığı, İstanbul.
69. Gagnon, A. (1997). Emergency Preparedness: Myth and Reality. *Emergency Preparedness Digest*. 24:23-25.
70. World Trade Organization (1999). Community Emergency Preparedness: A Manual for Managers and Policy Makers. Geneva. Switzerland:Author.
71. Boyd. J W. (2001). Measuring the Effectiveness of Disaster Preparedness Training for The City of Bellingham, Washington. Research Project. National Fire Academy.
72. Güler, Ç., Çobanoğlu Z. (2001). Afetler. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi. No:33. s.17-19.
73. Tankut T. (1996). Deprem Zararlarının Azaltılmasında Yurttaş Eğitiminin Önemi [Bildiri]. Erzincan ve Dinar Deneyimleri Işığında Türkiye'nin Deprem Sorunlarına Çözüm Arayışları, TÜBİTAK Deprem Sempozyumu. s. 336.
74. Edwards, M. E. (1993). Social Location and Self-Protective Behavior: Implications for Earthquake Preparedness. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*. 11:293-303.
75. Rustemli, A.,Karanci, A. N. (1999). Correlates of Earthquake Cognitions and Preparedness Behavior in a Victimized Population. *The Journal of Social Psychology*. 139:91-101.
76. Auf der Heide E.(1989). Disaster Response: Principles of Preparation and Coordination. St. Louis: C. V.Mosby Company.
77. Fischer, III, H.W.,McCullough, K. (1993). The Role of Education in Disaster Mitigation Adjustment. *Disaster Management*. 5:123-129.
78. Larsson, G.,Enander, A. (1997). Preparing for Disaster: Public Attitudes and Actions. *Disaster Prevention and Management*. 6(1):11-21.

79. Mintz J. (2004). Are You Ready for a Terrorist Attack? Americans are Simply not Preparing for Terror Attack, Studies Find. The Washington Post. Erişim Tarihi: 02.12.2013.
http://healthandenergy.com/preparing_for_terrorist_attacks.htm.
80. Mulilis, J. P., Duval, T. S., Lippa, R. (1990). The Effects of a Large Destructive Local Earthquake on Earthquake Preparedness as Assessed by the Earthquake Preparedness Scale. *Natural Hazards*. 3:357-371.
81. Russell, L. A., Goltz, J. D., & Bourque, J. B. (1995). Preparedness and Hazard Mitigation Actions Before and After Two Earthquakes. *Environment and Behavior*. 27:744-770.
82. T.C. İstanbul Valiliği Acil Durum ve Afet Yönetim Müdürlüğü. (2011). Toplumun Afetlere Hazırlık Eğitim Materyalleri, Depreme Karşı Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması Kitapçığı, İstanbul.
83. İlki, A., Gürbüz, T., Demir, C. (2008). Yapısal Riskler ve Risklerin Azaltılması. Kadioğlu, M., Özdamar, E. (Ed.). Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri. JICA Türkiye Ofisi. Ankara 1. Baskı. ISBN 978-975-98140-1-4.
84. Türkiye’de Doğal Afetler Konulu Ülke Strateji Raporu, JICA 2004.
85. T.C. İstanbul Valiliği Acil Durum ve Afet Yönetim Müdürlüğü. (2009). Toplumun Afetlere Hazırlık Eğitim Materyalleri, Depremlere Karşı Yapısal Risklerin Azaltılması Kitapçığı, İstanbul.
86. Kalafat, E., Sever, O. Ö. (2011). Yangın Tesisatlarının Deprem Güvenliği: Yerel ve Uluslararası Yönetmeliklerin Karşılaştırılması [Bildiri]. TÜYAK Yangın ve Güvenlik Sempozyumu. s.86
87. Acil Durum Yönetiminin Dört Evresi. Tezer, A. (Ed.). Acil Durum Yönetimi İlkeleri.2005.ikinci baskı. ISBN 975-561-204-1, İTÜ Afet Yönetim Merkezi. s: bölüm 2-7-10.
88. FEMA & American Red Cross. (1997). Your Family Disaster Plan, America. Erişim Tarihi: 14.05.2014. <http://www.fema.gov/plan/index.shtm>.

89. Tierney, K., Lindell, M., & Perry, R. (2001). Facing the Unexpected: Disaster Preparedness and Response in the United States. Washington, DC: Joseph Henry Press.
90. Department of Homeland Security Federal Emergency Management Agency (FEMA). (2006). Citizen Corps Personal Behavior Change Model for Disaster Preparedness: Citizen Preparedness Review Community Resilience through Civic Responsibility and Self-Reliance. Issue 4.
91. Lawrence, G., James, H. (2002). The Model State Emergency Health Powers Act A Brief Commentary. January.
92. Feinberg, L. D. (2006). Hurricane Katrina and The Public Health-based Argument for Greater Federal Involvement in Disaster Preparedness and Response. *Virginia Journal of Social Policy & the Law*. Vol. 13:3. s.596-636.
93. Pan American Health Organization. (2000). Natural Disasters. Protecting the Public's Health. Washington, D.C: Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of The World Health Organization. Contract N:575.
94. United Nations International Strategy for Disaster Reduction. (2011). Hyogo Framework for Action Geneva). Erişim Tarihi: 25.12.2013. <http://www.unisdr.org/we/coordinate/hfa>.
95. United Nations International Strategy for Disaster Reduction. (2005). Summary of the Hyogo Framework for action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters. Geneva.
96. Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). Erişim Tarihi: 11.03.2015. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2.
97. Kessaram, T., Signal, L. (2011). Disaster Management Through a Health Promotion Lens. Keeping up to date. Edition 36.
98. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Erişim Tarihi: 11.03.2014. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf.
99. Ferguson, KJ. Health Behaviour. R.B. Wallace, B. N. Doebbeling (Eds). *Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine*. Fourteenth Edition, Stamford, CT: Appleton and Lange; 1998, 811-815.

100. Green L. W. (1998). Prevention and Health Education in Clinical, School and Community Settings. In: Maxcy- Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine. 14th edition. Robert B. Wallace (Ed.). Appleton & Lange A Simon & Schuster Company. Stamford, Connecticut.
101. World Health Organization (WHO) (1946). International Health Conference, New York. Erişim Tarihi: 01.07.2014.
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
102. Borland, R. (1999). Theories of Behavior Change in Relation to Environmental Tobacco Smoke Control to Protect Children. Background paper for WHO's consultation report, Centre for behavioural research in cancer, Anti cancer council of Victoria, Australia.
103. Rosenstock, M I. (1984). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*. Vol.2. No.4. p.354.
104. Clemen, S., McGuire, S., Eigsti, DG. (2002). Comprehensive Health Nursing Family Aggregate and Community Practice. Sixth edition. By Mosby: 386-387.
105. Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. Remzi Kitapevi, İstanbul.
106. Özmen, D. (2004). Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
107. Munakata, T. (1992). Health and Illness Based on Behavioral Science Perspectives. Tokyo: Medical Friend Co. s.399. Japanese.
108. Dooley, D., Catalano, R., Mishra, S., Serxner, S. (1992). Earthquake Preparedness: Predictors in a Community Survey. *Journal of Applied Social Psychology*. Erişim Tarihi: 08.09.2014.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jasp.1992.22.issue-6/issuetoc> s.451–470.
109. Haraoka, T., Ojima, T., Murata, C., Hayasaka, S. (2012). Factors Influencing Collaborative Activities Between Non-Professional Disaster Volunteers and

Victims of Earthquake Disasters. Plos One. 7(10):e47203.doi:10.1371/journal.pone.0047203.

110. Akompab, D., Bi, P., Williams, S., Grant, J., Walker, A., Augoustinos, M. (2013). Heat Waves and Climate Change: Applying the Health Belief Model to Identify Predictors of Risk Perception and Adaptive Behaviours in Adelaide, Australia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 10, 2164-2184; doi:10.3390/ijerph10062164.
111. Semenza, J., Ploubidis, G., George, L. (2011). Climate Change and Climate Variability: Personal Motivation for Adaptation and Mitigation. *Environmental Health*. 10:46. Erişim Tarihi:14.07.2014. <http://www.ehjournal.net/content/10/1/46>.
112. Ogedegbe, C., Nyirenda, T., Delmoro, G., Yamin. E., Feldman, J. (2012). Health Care Workers and Disaster Preparedness: Barriers to and Facilitators of Willingness to Respond. *International Journal of Emergency Medicine*. s:29. Erişim Tarihi:10.07.2014. <http://www.intjem.com/content/5/1/29>.
113. Farley, J. E., Barlow, H. D., Finklestein, M. S., and Riley, L. (1993). Earthquake Hysteria, Before and After: a Survey and Follow-up on Public Response to the Browning forecast. *Int.J. Mass Emergencies Disasters*. 11, 305–322.
114. Showalter, P. S. (1993). Prognostication of Doom: an Earthquake Prediction's Effect on Four small Communities. *Int. J. Mass Emergencies Disasters*. 11:279–292.
115. McClure, J., Walkey, F., and Allen, M. (1999). When Earthquake Damage is Seen As Preventable: Attributions, Locus of Control and Attitudes to Risk, *Appl. Psychol. Int. Rev.* 48:239–256.
116. Mileti, D., Fitzpatrick, C. (1992). The Causal Sequence of Risk Communication in the Park field Earthquake Prediction Experiment, *Risk Anal.* 12:393–400.
117. Mileti, D., Fitzpatrick, C. (1993). The Great Earthquake Experiment: Risk Communication and Public Action. Boulder, CO: Westview.

118. Mulilis, J. P., Duval, T. S., Lippa, R. (1990). The Effects of a Large Destructive Local Earthquake on Earthquake Preparedness as Assessed by the Earthquake Preparedness Scale. *Nat. Hazards*. 3:357–371.
119. Spittal, J W., Walkey, H F., McClure, J., Siegert, J R., Ballantyne, E K. (2006). The Earthquake Readiness Scale: The Development of a Valid and Reliable Unifactorial Measure. *Natural Hazards*. 39:15–29. DOI 10.1007/s11069-005-2369-9
120. Akgül, A. (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS Uygulamaları. (2. Baskı). Ankara:Emek Ofset.
121. Earthquake Disaster Kit. Erişim Tarihi: 10.07.2014.
<http://igs.indiana.edu/EarthquakeExperience/EQDisasterKit.pdf>.
122. American Red Cross. Disaster Preparedness for Seniors by Seniors. Erişim Tarihi:05.05.2014..http://www.redcross.org/images/MEDIA_CustomProductCatalog/m4640086_Disaster_Preparedness_for_Srs-English.revised_7-09.pdf.
123. Arca, D. (2012). Afet Yönetiminde Coğrafi Bilgi Sistemi ve Uzaktan Algılama. *Karaelmas Fen ve Mühendislik Dergisi*. 2 (2): 53-61.
124. AFAD - Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü.S.13. Erişim Tarihi:09.07.2014.
<http://www.deprem.gov.tr/sarbis/Shared/WebBelge.aspx?param=3216>.
125. Ergünay, O. (2002). Afete Hazırlık ve Afet Yönetimi. Türkiye Kızılay Derneği Genel Müdürlüğü Afet Operasyon Genel Merkezi (AFOM). Ankara. s.3-17.
126. Tobin, G. A. (1999). Sustainability and Community Resilience: The Holy Grail of Hazards Planning. *Environmental Hazards*. Vol.1, pp:13-26.
127. Van den Eyde, J., Veno, A. (1999). Coping with Disastrous Events: An Empowerment Model of Community Healing. Gist, R., Lubin, B. (Eds). Response to Disaster. Taylor&Francis, Philadelphia, PA.

128. Tavşancıl, E. (2002). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Yayın. No:399.
129. Ergünay, O., Gülkan, P., Güler, H. (2008). Afet Yönetimi ile ilgili Terimler Açıklamalı Sözlük. İçinde: Kadioğlu, M., Özdamar, E., (ed). Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri. Ankara: *JICA Türkiye Ofisi Yayınları*. no: 2 sf. 301-353.
130. Smith K. (2013). Environmental Hazards. Assessing Risk and Reducing Disaster. Sixth Edition. British Library. United Kingdom. s.4.
131. Levac, J., Toal-Sullivan, D., O’Sullivan, TL. (2012). Household Emergency Preparedness: A Literature Review. *J Community Health*. 37:725-733.
132. Heller, K., Alexander, D B., Gatz, M., Knight, B G., Rose,T. (2005). Social and Personal Factors as Predictors of Earthquake Preparation: The Role of Support Provision, Network Discussion, Negative Affect, Age, and Education. *Journal of Applied Social Psychology*. 35:399–422.
133. Bassett, G W., Jenkins-Smith, H C., Silva, C. (1996). On-site Storage of High Level Nuclear Waste: Attitudes and Perceptions of Local Residents. *Risk Analysis*. 16, 309–319.
134. Paton, D., Smith, L., Johnston, D. M. (2000). Volcanic Hazards: Risk Perception and Preparedness. *New Zealand Journal of Psychology*. 29:84–88.
135. Smith, K. (2004). Environmental Hazards: Assessing Risk and Reducing Disaster (4th ed.). London: Routledge.
136. Rüstemli. A., Karancı, A N. (1999). Correlates of Earthquake Cognitions and Preparedness Behavior in a Victimized Population. *The Journal of Social Psychology*. 139:91–101.
137. Blessman, J., Skupski, J., Jamil, M., Jamil,, H., Bassett, D., Wabeke, R., Arnetz, B. (2007). Barriers to at-home Preparedness in Public Health Employees: Implications for Disaster Preparedness Training. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 49 (3): 318–326.

138. Paton, D., Johnston, D. (2001). Disasters and Communities: Vulnerability, Resilience and Preparedness. *Disaster Prevention and Management*. 10(4):270-7.
139. Paton, D., Bajek, R., Okada, N., Mcivor, D. (2010). Predicting Community Earthquake Preparedness: A Cross-cultural Comparison of Japan and New Zealand. *Nat Hazards*. 54: 765–781.
140. Horney, J., Snider, C., Malone, S., Gammons, L., Ramsey, S. (2008). Factors Associated With Hurricane Preparedness: Results of a Pre-hurricane Assessment. *Journal of Disaster Research*. 3(2): 143-149.
141. Kapucu, N. (2008). Culture of Preparedness: Household Disaster Preparedness. *Disaster Prevention and Management*. 17(4): 526-535.
142. Kirschenbaum, A. (2002). Disaster Preparedness: A Conceptual and Empirical Reevaluation. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*. 20(1): 5-28.
143. Lindell, M K., Arlikatti, S., Prater, C S. (2009). Why People Do What They Do to Protect Against Earthquake Risk: Perceptions of Hazard Adjustment Attributes. *Risk Analysis*. 29(8): 1072-1088.
144. Mulilis, J P., Lippa, R A. (1990). Behavioral Changes in Earthquake Preparedness Due to Negative Threat Appeals: A Test of Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*. 20: 619-638.
145. Mulilis, J., Duval, T S. (1995). Negative Threat Appeals and Earthquake Preparedness: A person-relative-to-Event (PrE) model of Coping with Threat. *Journal of Applied Social Psychology*. 25(15): 1319-1339.
146. Sattler, D. N., Kaiser, C F., Hittner, J B. (2000). Disaster Preparedness: Relationships Among Prior Experience, Personal Characteristics, and Distress. *Journal of Applied Social Psychology*. 7, 1396-1420.
147. Spittal, M. J., McClure, J., Siegert, R J., Walkey, F H. (2008). Predictors of Two Types of Earthquake Preparation: Survival Activities and Mitigation Activities. *Environment and Behavior*. 40(6): 798-817.
148. Matsuda, Y., Okada, N. (2006). Community Diagnosis for Sustainable Disaster Preparedness. *Journal of Natural Disaster Science*. Volume 28, Number 1, pp.25-33.

149. Miceli, R., Sotgiu, I., Settanni, M. (2008). Disaster Preparedness and Perception of Flood Risk: A study in an alpine valley in Italy. *Journal of Environmental Psychology*. 28:164-173.
150. Yousafzai, T. M., Siddiqui, R. A., Janjua, Z N. (2013). Health Belief Model to Predict Sharps Injuries Among Health Care Workers at First Level Care Facilities in Rural Pakistan. *American Journal of Industrial Medicine*. 56:479-487.
151. Weinstein, D. N., Lyon, E. J., Rothman, J. A., Cuite, L C. (2000). Preoccupation and Affect as Predictors of Protective Action Following Natural Disaster. *British Journal of Health Psychology*. 5:351-363.
152. Errett, A. N., Barnett, J. D., Thompson, B. C., Tosatto, R. (2013). Assesment of Medical Reserve Corps volunteers' emergency response willingness using a threat and efficacy based model. *Biosafety and Bioterrosism*. vol. 11, number 1.
153. White, B. Disaster Preparedness in the United States (2007). Master Thesis. The Faculty of Humboldt State University.
154. Baker, J E. (2011). Household Preparedness For the Aftermath of Hurricanes in Florida. *Applied Geography*. 31:46-52.
155. Glikli, D., Eisenman, D., Zhou, Q., Tseng, C., Asch, S. (2014). Using the Precaution Adoption Process Model to Describe a Disaster Preparedness Intervention Among low-income Latinos. *Health Education Research*. Vol.29. no.2. s. 272–283.
156. Russell, L. A., Goltz, J. D., Bourque, L. B. (1995). Preparedness and Hazard Mitigation Actions Before and After Two Earthquakes, *Environ. Behav*. 27: 744–770.
157. Ergin, D.Y. (1995). Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik. *M.Ü. Atatürk Eğitim Bilimleri Dergisi*; 7:125-148.
158. Hançer, M. Ölçeklerin Yazım Dilinden Başka Bir Dile Çevirileri ve Kullanılan Değişik Yaklaşımlar. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*; Erişim Tarihi:12.07.2014.
<http://sbe.balikesir.edu.tr/dergi/edergi/c6s10/makale/c6s10m3.pdf>.

159. Mileti, D. (1999). *Disasters By Design: A Reassessment of Natural Hazards in the U.S.* Washington DC: National Academies Press.
160. Kim, Y., Kang, J. (2009). Communication, Neighborhood Belonging and Household Hurricane Preparedness. *Disasters*, 34(2): 470-488.
161. Siegel, J. M., Shoaf, K. I., Afifi, A., Bourque, L. B. (2003). Surviving Two Disasters: Does Reaction to the First Predict Response to the Second? *Environment and Behavior*, 35(5): 637-654.
162. Enarson, E., Fothergill, A., Peek, L. (2007). Gender and Disaster: Foundations and Directions. In: Rodríguez H, Quarantelli EL, Dynes RR, eds. *Handbook of disaster research*. New York: Springer.
163. Bolluz, L., Schieve, L., Holmes, T., Kiezak, S., Malilay, J. (2000). Predictors for People's Response to a Tornado warning: Arkansas, 1 March 1997. *Disasters*; 24(1):71-7.
164. Bourque, L. B., Mileti, D. S., Kano, M., Wood, M. M. (2010). Who Prepares for Terrorism? *Environment and Behavior*, 1-36.
165. Kirschenbaum, A. (2006). Families and Disaster Behavior: A Reassessment of Family Preparedness. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 24(1): 111-143.
166. Rogers, R.W. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
167. Weinstein, N. D. (1989). Effects of Personal Experience on Self-protective Behavior. *Psychological Bulletin*, 105:31-50.
168. Siegrist, M., Gutscher, H. (2008). Natural Hazards and Motivation for Mitigation Behavior: People Cannot Predict the Affect Evoked by a Severe Flood. *Risk Anal*;28(3):771-8.
169. Farley, J. E. (1998). Down but not out: Earthquake Awareness and Preparedness Trends in the St. Louis Metropolitan Area, 1990-1997. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 16(3):303-319.
170. Tekeli-Yesil, S., Dedeoglu, N., Tanner, M., Braun-Fahrlander, C., Obrist, B. (2010). Individual Preparedness and Mitigation Actions for a Predicted Earthquake in Istanbul. *Disasters*, 34(4):910-930.

171. Sheridan, S. (2006). A Survey of Public Perception and Response to Heat Warnings Across Four North American Cities: An Evaluation of Municipal Effectiveness. *International Journal of Biometeorology*, 52 (1): 3-15.
172. Reser, J.P., Morrissey, S.A. (2009). The Crucial Role of Psychological Preparedness for Disasters. *InPsych. The Bulletin of the Australian Psychological Society Ltd.* 14-15.
173. Göktepe, N. (2010). Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutumları ve Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
174. Tezbaşaran, A. A. (1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. (2. Baskı). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
175. Yurdugül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik & İndekslerinin Kullanılması. XIV.Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi. Denizli.
176. Rubio, M.D., Weger, B.M., Tebb, S.S., Lee, S.E., Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a Content Validity Study in Social Work Research. *Social Work Research*, Volume 27, Number 2: 94-104.
177. Polit, F.D., Beck, T.C. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health*, 2006, 29, 489-497.
178. Büyüköztürk, Ş. (2009). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem Akademi.
179. Akgül, A. (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri. (2. Baskı). Ankara: Emek Ofset.
180. Alpar, R. (2010). Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik. Ankara: Detay Yayıncılık. s.345-398.
181. Büyüköztürk, Ş., Akgün, Ö. E., Kahveci, Ö., Demirel, F. (2004). Güdülenme ve Öğrenme Stratejileri Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 4(2), 210-239.

182. Duval, S. T., Mulilis, J. P. (1999). A Person Relative to Event (PrE) Approach to Negative Threat Appeals and Earthquake Preparedness: A field Study. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (3):495-516.
183. Lindell, M.K., Perry, R.W. (1992). Behavioral Foundations of Community Emergency Planning. Hemisphere, Washington, D.C.
184. Jackson, E. L., Mukerjee, T. (1974). Human Adjustment to the Earthquake Hazard in San Francisco, California, In: G. F. White (ed), Natural Hazards: Local, National and Global, New York: Oxford University Press, pp. 160–166.
185. Öksüz, E., Malhan, S. (2005). Reliability and validity of the Turkish version of the Florida Sexual History Questionnaire. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*;25(2):204-12.
186. Batı, A. H., Tetik, C., Gürpınar, E. (2010). Assessment of the Validity and Reliability of the Turkish Adaptation of the Study Process Questionnaire. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*; 30(5):1639-46.
187. Şimşek, Ö.F. (2006). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara, Ekinoks Eğitim Danışmanlık Hizmetleri ve Basın Yayın Dağıtım.
188. Özdamar, K. (2004). Tabloların Oluşturulması, Güvenirlik ve Soru Analizi. Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi-1. 5th ed. Eskişehir: Kaan Kitabevi. p.201-50, 621.
189. Bateman, J., Edwards, B. (2002). Gender and Evacuation: a Closer Look at Why Women Are More Likely to Evacuate for Hurricanes. *Nat Hazards Rev*;3:107–17.
190. Harvatt, J., Petts, J., Chilvers, J. (2011). Understanding Householder Responses to Natural Hazards: Flooding and Sea-level Rise Comparisons. *Journal of Risk Research*, 14(1): 63-83.
191. Spittal, M. J., McClure, J., Siegert, R. J., Walkey, F. H. (2008). Predictors of Two Types of Earthquake Preparation: Survival Activities and Mitigation Activities. *Environment and Behavior*, 40(6):798-817.
192. Lindell, M. K., Whitney, D. J. (2000). Correlates of Household Seismic Hazard Adjustment Adoption. *Risk Analysis*, 20(1):13-25.

193. Gerstein, M. (2008). Flirting with Disaster. Why Accidents Are Rarely Accidental. New York:Union Square Pres.
194. Ronan, K., Johnston, D. (2005). Promoting Community Resilience in Disasters: The Role for Schools, Youth and Families. New York:Springer.
195. Hutton, D. (2012). Lessons Unlearnt: The (Human) Nature of Disaster Management, Emergency Management, Dr. Burak Eksioglu (Ed.), ISBN: 978-953-307-989-9, InTech, DOI: 10.5772/35019. Erişim: Tarihi:25.11.2013. <http://www.intechopen.com/books/emergency-management/lessons-unlearnt-the-human-nature-of-disaster-management>.



EK I. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

YALOVA ÜNİVERSİTESİ AKADEMİK VE İDARİ PERSONELİNİN ACİL DURUMLARA / AFETLERE BİREYSEL HAZIRLIĞINI DEĞERLENDİRME İÇİN SAĞLIK İNANÇ MODELİ'NE DAYALI ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Sayın katılımcı,

Bu araştırma, “Sağlık İnanç Modeli’ne Dayalı Acil Durum/Afetlere Bireysel Hazırlığa İlişkin Bilgi, Tutum, Davranış ve Bunları Etkileyen Faktörler” konusunu belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilerek, yalnız bu araştırma amacıyla kullanılacaktır.

Veri toplama amacı ile size verilen anket formundaki her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanız gerekmekte olup ilgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Ebru İNAL
Sivil Savunma ve İtfaiyecilik Programı
ebru.inal@yalova.edu.tr
Tel: 0226 815 56 00

I. BÖLÜM
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU

1. Kaç yaşındasınız? Rakamla yazınız.....

2. Cinsiyetiniz ile ilgili uygun seçeneği “X” işareti koyarak işaretleyiniz.

() Erkek

() Kadın

3. Öğrenim durumunuz ile ilgili uygun seçeneği “X” işareti koyarak işaretleyiniz.

() Ortaokul

() Lise

() Yüksekokul

() Lisans

() Lisansüstü

4. Medeni durumunuz ile ilgili uygun seçeneği “X” işareti koyarak işaretleyiniz.

() Evli

() Bekâr

() Boşanmış/Eşinden ayrılmış

() Dul/Eşi ölmüş

5. Kaç çocuğunuz var? Cevabınız Var ise kaç çocuğunuz olduğunu belirtiniz.

() Var

() Çocuğum yok

6. Aylık geliriniz ne kadar? Rakamla yazınız.....

7. Görev unvanınız ile ilgili uygun seçeneği “X” işareti koyarak işaretleyiniz.

() Öğretim Görevlisi

() Araştırma Görevlisi

() Öğretim Üyesi

() İdari Personel

() Diğer

8. Nerede yaşıyorsunuz? Uygun seçeneği “X” işareti koyarak işaretleyiniz.

() Kendi evimde

() Kirada

() Apart/Otel

() Diğer

9. Daha önce afet yaşadınız mı?

() Evet () Hayır

10. “17 Ağustos 1999 Marmara Depremi”ni yaşadınız mı?

() Evet () Hayır

11. Acil durumlara / Afetlere Yeterince Hazırlık mısınız?

() Evet () Hayır

12. Bireysel acil durum / afet çantanız var mı?

() Evet () Hayır

13. Acil durumlar / Afetler konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı? Uygun seçeneği “X” işareti koyarak işaretleyiniz (Okulda aldığınız eğitim hariç)

() Evet () Hayır

Cevabınız **Evet ise 16.** Soruyu yanıtlayınız. Cevabınız **Hayır ise** ölçek formunu yanıtlamaya başlayınız.

14. Acil durumlar / Afetler konusunda hangi eğitimleri aldınız? Uygun seçeneği “X” işareti koyarak işaretleyiniz

() İlk Yardım Eğitimi () Toplum Afet Gönüllüsü Eğitimi(TAG)

() Temel Afet Bilinci Eğitimi () Diğerleri (belirtiniz):.....

EK II**Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlık Ölçek Taslağı Formu**

Acil durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa ilişkin faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan aşağıdaki ifadelerden size en uygun gelen seçeneği, boş bırakmadan işaretleyiniz.



Madde No	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Önümüzdeki birkaç yıl içinde Acil durum/Afet yaşama ihtimalim çok yüksektir.					
2. Yaşamımın herhangi bir döneminde Acil durum/Afet yaşayacağımı göz önünde bulundururum.					
3. Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta bina dayanıklılığını artırmak benim için önemlidir.					
4. Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta acil durum/afet çantası hazırlamayı önemsemem.					
5. Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olmak için yetkili eğitim merkezlerinden ilk yardım eğitimi alırım.					
6. Yaşadığım yerde Acil durum/Afet olmaz.					
7. Acil durum/Afet olursa bana bir şey olmaz.					
8. Yakın çevrem ile acil durumlarda/afetlerde gerekli acil iletişim numaraları hakkında konuşurum.					
9. Evdeki sabitlenebilecek eşyaları sabitlemeyi gereksiz buluyorum.					
10. Acil durum/Afet yaşama ihtimalini düşünmek beni korkutur.					

Madde No	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
11. Acil durum/Afet yaşarsam hayatımda hiçbir şey değişmeyecek.					
12. Acil durumlar/Afetler sonucu sevdiklerimi kaybetmekten korkmam.					
13. Acil durumlarda/Afetlerde görülebilecek zararları en aza indirmek için düzenli tatbikat yaparım.					
14. Acil durumlar/Afetler sonucunda ölmekten korkarım.					
15. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yaptığımda kendimi güvende hissederim.					
16. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak afetler sonrası yaşayacağım maddi-manevi zararları azaltmaz.					
17. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak acil durumlar/afetler sonrası ölüm riskini azaltabilir.					
18. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmam aile bireylerimi de koruyacaktır.					

Madde No	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
19. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak acil durumlarda/afetlerde ihtiyaçlarıma karşılık verecektir.					
20. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmaktan kaçınmam.					
21. Çocuklarım/yakınlarım/arkadaşlarım acil durumlara/afetlere hazırlık yapmamı istemezler.					
22. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmaktan çok daha önemli sorumluluklarım var.					
23. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak için yeterli param yok.					
24. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak çok fazla zamanımı alır.					
25. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak için yeterli bilgim yok.					
26. Acil durumlar/Afetler için yapabilecek bir şey olduğuna inanmıyorum.					
27. Kaderimde Acil durumlarda/Afetlerde ölmek varsa ölürüm.					

Madde No	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
28. Kiracı olduğum/Evim müsait olmadığı için Acil durumlarda/Afetlerde eşyaları sabitlemek mümkün olmuyor.					
29. Acil durumlara/Afetlere hazır olma adına tatbikat yapmak bana zor gelir.					
30. Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olmak için bireysel hazırlık yapmayı gereksiz buluyorum.					
31. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak iyi hissetmemi sağlamaz.					
32. Afete Hazırlık - Temel Afet Bilinci eğitimlerini almak için çaba harcamayı gereksiz buluyorum.					
33. Aile için afet planının anlaşılması zordur.					
34. Aile için afet planı bireyin hazırlayamayacağı kadar gereksiz ayrıntılarla doludur.					
35. Aile için afet planının yararlı olduğuna inanmıyorum.					
36. Aile için afet planını uygulamaya geçirmek bana zor gelir.					
37. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak bana zor geliyor.					

Madde No	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
38. Acil durumlar/Afetler sonrası devlet/yerel yönetimler nasıl olsa gerekli ihtiyaçlarımı karşılar.					
39. Aile üyelerim Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni bilgilendirmezler.					
40. Arkadaşlarım Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni aydınlatırlar.					
41. Fikirlerine önem verdiğim insanlar Acil durumlara/Afetlere hazırlıklı olma konusunda beni yönlendirirler.					
42. Acil durum/Afet konusundaki politikalar beni Acil Durumlar/Afetler konusunda hazırlıklı olmaya teşvik ederler.					
43. Kitapçıklar, gazeteler, broşürler beni yeterince bilgilendirmezler.					
44. Daha önce yaşadığım Acil durumlar/Afetler yüzünden, Acil durumlar/Afetler esnasında neler yapacağımı biliyorum.					

Madde No	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
45. Acil durumları/Afetleri geceleri yaşamaktan korkuyorum.					
46. Bireysel acil durum/afet çantasını eksiksiz hazırlayabilirim.					
47. Temel ilk yardım uygulayabilirim.					
48. Yangın söndürme cihazını kullanamam.					
49. Mahallemde yaşayanlarla birlikte Acil durumlar/Afetler ile ilgili tahliye planı oluşturamam.					
50. Acil durum/Afet sonrası ihtiyacım olursa psikolojik destek almak için gerekli hizmete erişebilirim.					
51. Yangın çıkmasına neden olacak tehlikeleri belirleyebilirim.					
52. Evde sabitlenmesi gereken eşyaları sabitleyebilirim.					
53. Basit düzeyde olsa dahi arama-kurtarma yapamam.					
54. Depremden korunmak için yaşadığım evde/binada güvenli yer belirleyebilirim.					
55. Elektrik sigortasını kapatabilirim.					
56. Su vanasını kapatabilirim.					

Madde No	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
57. Gaz vanasını kapatmayı bilmiyorum.					
58. Bir afet sonrasında yerel yetkililerce belirlenmiş olan sığınak yerini bulamam.					
59. Bir afet sonrasında aile bireylerinin yeniden bir araya gelebileceği bir toplanma yeri belirleyebilirim.					
60. Oturduğum yere en yakın sağlık merkezinin yerini bilmiyorum.					

EK III

Uzmanlar Listesi

1. **Prof. Dr. K. Hakan ALTINTAŞ** *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
2. **Prof. Mikdat KADIOĞLU** *İstanbul Teknik Üniversitesi Uçak ve Uzay Bilimleri Fakültesi Meteoroloji Mühendisliği Bölümü*
3. **Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ** *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
4. **Doç. Dr. Mehmet ERYILMAZ** *Gülhane Askeri Tıp Akademisi Acil Tıp Anabilim Dalı*
5. **Doç. Dr. Nuri DOĞAN** *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Anabilim Dalı*
6. **Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ali KARACA** *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı*
7. **Dr. Hasan ODABAŞIOĞLU** *İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü*
8. **Öğr. Gör. Dr. Hikmet İSKENDER** *İstanbul Teknik Üniversitesi Kimya Mühendisliği Bölümü*
9. **Dr. Yunus ŞAHİN** *Yalova Üniversitesi Türk Dili Bölümü*

EK IV İzinler

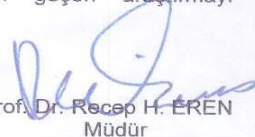

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
YALOVA MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 47080830-999-334

Konu : Öğr.Gör.Ebru İNAL Hk. 08/04/2014

YALOVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Meslek Yüksekokulumuz öğretim elemanlarından Öğr.Gör. Ebru İNAL Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Programında doktora eğitimini sürdürmektedir. Doktora eğitiminin tez aşamasındaki tez başlığı "Acil Durumlara-Afetlere Bireysel Hazırlığı Değerlendirmek İçin Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Ölçek Geliştirme" çalışmasıdır. Araştırmayı Üniversitemiz tüm Akademik ve İdari personeline uygulamayı amaçlamaktadır. Öğr.Gör. Ebru İnal'ın adı geçen araştırmayı başlatabilmesi için gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Recep H. EREN
Müdür

Ek : Öğr.Gör. Ebru İNAL'ın Dilekçesi (1 adet)

11.0 NİS 2014

Yalova Üniversitesi Yalova Meslek Yüksekokulu
Bağlarbaşı Mah. Mehmet Durmam Cad. Merkez / YALOVA

Tel : 0 (226) 811 50 38-39
Faks : 0 (226) 812 29 79



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-520

12 Mayıs 2014

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 30.04.2014 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2014/07
Proje No : GO 14/252 (Değerlendirme Tarihi 30.04.2014)
Karar No : GO 14/252 - 29

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof.Dr. K.Hakan ALTINTAŞ'ın sorumlu araştırmacısı olduğu Ebru İNAL'ın tezi olan GO 14/252 kayıt numaralı ve "Acil Durumlara / Afetlere Bireysel Hazırlığı Değerlendirmek İçin Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Ölçek Geliştirme" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|--|
| 1.Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Melahat Görduysus (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | GÖREVLİ
10. Prof. Dr. Cansın Saçkesen (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmenşüer (Üye) | GÖREVLİ
13 Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | GÖREVLİ
14 Prof. Dr Leyla Dinç (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Songül Vaizoğlu (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| GÖREVLİ
8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal (Üye) | 16. Av. Meltem Onurlu (Üye) |

EK V Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlık Ölçek Formu

Madde No	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Önümüzdeki birkaç yıl içinde Acil durum/Afet yaşama ihtimalim çok yüksektir.					
2. Yaşamımın herhangi bir döneminde Acil durum/Afet yaşayacağımı göz önünde bulundururum.					
3. Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta bina dayanıklılığını artırmak benim için önemlidir.					
4. Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta acil durum/afet çantası hazırlamayı önemsemem.					
5 Acil durum/Afet olursa bana bir şey olmaz.					
6. Yakın çevrem ile acil durumlarda/afetlerde gerekli acil iletişim numaraları hakkında konuşurum.					
7. Evdeki sabitlenebilecek eşyaları sabitlemeyi gereksiz buluyorum.					
8. Acil durum/Afet yaşama ihtimalini düşünmek beni korkutur.					
9. Acil durum/Afet yaşarsam hayatımda hiçbir şey değişmeyecek.					

Madde No	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
10. Acil durumlar/Afetler sonucunda ölmekten korkarım.					
11. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak acil durumlar/afetler sonrası ölüm riskini azaltabilir.					
12. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmam aile bireylerimi de koruyacaktır.					
13. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak acil durumlarda/afetlerde ihtiyaçlarıma karşılık verecektir.					
14. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmaktan çok daha önemli sorumluluklarım var.					
15. Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak için yeterli param yok.					
16. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak çok fazla zamanımı alır.					
17. Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak için yeterli bilgim yok.					
18. Kaderimde Acil durumlarda/Afetlerde ölmek varsa ölürüm.					

Madde No	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
19. Aile için afet planının anlaşılması zordur.					
20. Aile üyelerim Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni bilgilendirmezler.					
21. Arkadaşlarım Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni aydınlatırlar.					
22. Fikirlerine önem verdiğim insanlar acil durumlara/afetlere hazırlıklı olma konusunda beni yönlendirirler.					
23. Acil durum/Afet konusundaki politikalar beni Acil Durumlar/Afetler konusunda hazırlıklı olmaya teşvik ederler.					
24. Kitapçıklar, gazeteler, broşürler beni yeterince bilgilendirmezler.					
25. Daha önce yaşadığım Acil durumlar/Afetler yüzünden, Acil durumlar/Afetler esnasında neler yapacağımı biliyorum.					

Madde No	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
26. Temel ilk yardım uygulayabilirim.					
27. Yangın söndürme cihazını kullanamam.					
28. Mahallemde yaşayanlarla birlikte Acil durumlar/Afetler ile ilgili tahliye planı oluşturamam.					
29. Acil durum/Afet sonrası ihtiyacım olursa psikolojik destek almak için gerekli hizmete erişebilirim.					
30. Yangın çıkmasına neden olacak tehlikeleri belirleyebilirim.					
31. Evde sabitlenmesi gereken eşyaları sabitleyebilirim.					
32. Basit düzeyde olsa dahi arama-kurtarma yapamam.					
33. Depremden korunmak için yaşadığım evde/binada güvenli yer belirleyebilirim.					