



T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**DEPREM SONRASI AİLE HEKİMLERİNİN İLAÇ
REÇETELEME VE KULLANMA
ALİŞKANLIKLARINDAKİ DEĞİŞİMLER**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Evren DENİZHAN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

KAHRAMANMARAŞ-2025



T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**DEPREM SONRASI AİLE HEKİMLERİNİN İLAÇ
REÇETELEME VE KULLANMA
ALİŞKANLIKLARINDAKİ DEĞİŞİMLER**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Evren DENİZHAN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

KAHRAMANMARAŞ-2025

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim ve tez yazım sürecimde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, her konuda bilgisi, sabrı ve güler yüzüyle yol gösterici olan sayın hocam Doç. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM' a, asistanlık süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocam Doç. Dr. Celal KUŞ' a ve asistanlığımın son senelerinde yine bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ALACALI' ya ve Dr. Öğr. Üyesi Büşra Karabekiroğlu'na

Asistanlık süresince beraber çalıştığım güzel anılar biriktirdiğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca desteklerini ve sevgisini her zaman yanımda hissettiğim, eğitimimin her aşamasında yaptıkları fedakârlıklarla bugünlere gelmemi sağlayan anne, babam, eşimin anne ve babasına, çalışma süresince desteğini ve sevgisini esirgemeyen sevgili eşim Sonay DENİZHAN'a ve sevgili çocuklarıma sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

TEMMUZ-2025

Dr. Evren DENİZHAN

**DEPREM SONRASI AİLE HEKİMLERİNİN İLAÇ REÇETELEME VE
KULLANMA ALIŞKANLIKLARINDAKİ DEĞİŞİMLER**

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Dr. Evren DENİZHAN

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

TEMMUZ-2025

ÖZET

Amaç: 6 Şubat 2023 tarihinde yaşanan iki büyük deprem, en çok etkilenen illerde yaşayan kişilerin hayatlarında maddi- manevi birçok değişikliğe yol açmıştır. Birçok kişi yakınlarını kaybetmiş, evlerine uzun süre dönememiştir. Deprem sonrası Aile Hekimleri de bu zorluklar yanında bazı birimlerde binasını kaybetmiştir, bazıları başka yerlerde çalışmıştır. Hem hastaları hem kendileri için barınma, yiyecek kıyafet gibi değişen ihtiyaçların dışında ilaç ve tıbbi malzemelere ulaşma ve kullanma konusunda da bazı değişimler yaşandığı gözlemlenmiştir. Ülkemizin bir deprem ülkesi olması sebebiyle daha sonra yaşanabilecek benzer durumlara hazırlık yapılabilmesi için sağlık alanında önemli bir yer tutan Aile Hekimlerinin kendileri ve hastalarında deprem öncesine göre hangi ilaçlara daha çok ihtiyaç duyduğunu ve hangi hastalıklarla deprem durumunda daha fazla karşılaşıldığını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız analitik-kesitsel bir çalışma olup 2024 Aralık-2025 mart tarihleri arasında Kahramanmaraş merkezli depremlerden etkilenmiş on ilde (Malatya, Kahramanmaraş, Hatay ,Gaziantep, Şanlıurfa ,Adıyaman, Osmaniye ,Adana ,Diyarbakır ,Kilis) bulunan depremzede Aile Hekimleri ile yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 367 depremzede Aile Hekimine web ortamı üzerinden anket uygulanmıştır. Dijital ortamda anket formunun link paylaşımı yapılmıştır. Anket toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde katılımcılara sosyodemografik bilgi soruları, ikinci bölümünde deprem sonrası ilaç kullanımı ve reçeteleme değişimleri ile ilgili sorular yer almaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programından yararlanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 367 katılımcı dâhil edilmiş olup %39,2'si Kahramanmaraş'tan, %12,3'ü Şanlıurfa'dan, %8,4'ü Hatay'dan, %8,2'si Malatya'dan, %7,9'u Adıyaman'dan, %7,4'ü Gaziantep'ten, %6,8'i Adana'dan, %6,3'ü Diyarbakır'dan, %3,3'ü Osmaniye'den ve %0,3'ü Kilis'ten katılmıştır. Katılımcıların %65,1'i erkek, %34,9'u kadındır. Katılımcıların %86,4'ü evli ve %13,6'sı bekârdır. Çocuk sahibi olanların oranı %83,1 iken, çocuk sahibi olmayanların oranı %16,9'dur. Çocuk sahibi olanların %27,2'sinin bir çocuğu, %48,9'unun iki çocuğu ve %23,9'unun üç veya daha fazla çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların %56,1'i aile hekimi (pratisyen), %32,2'si SAHU, %6,8'i aile hekimliği asistanı ve %4,9'u AHU unvanına sahiptir.

Katılımcıların %91,6'sı deprem sonrasında başvuru yapanların semptomlarında artış tespit ettiğini belirtirken, %8,4'ü semptomlarda artış olmadığını belirtmiştir. Deprem sonrasında semptom artışı tespit edenlerin %58,9'unda kaşıntı, %58,3'ünde eklem, omurga, diz veya bel ağrısı, %54,5'inde halsizlik ve %49,7'sinde öksürük semptomlarında artış görülmüştür. Ayrıca %44,9'unda baş dönmesi, %42,0'sinde nefes darlığı, %34,5'inde döküntü, %22,0'sinde göğüs ağrısı ve ishal, %15,8'inde bulantı veya kusma, %12,2'sinde kırmızı göz ve %0,6'sında stres semptomlarında artış tespit edilmiştir.

Katılımcıların %94,0'ı deprem sonrasında hastalıklarda artış tespit ettiğini belirtirken, %6,0'ı herhangi bir hastalık artışı tespit etmediğini ifade etmiştir. Deprem sonrasında hastalık artışı tespit edenlerin %79,7'sinde uyuz, %72,8'inde psikiyatrik hastalık, %52,5'inde üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), %46,7'sinde eklem, omurga, diz veya bel ağrısı ve %40,9'unda alerjik rinit görülmüştür. Ayrıca %38,6'sında vertigo, %21,7'sinde pnömoni, %19,1'inde konjonktivit, %15,9'unda gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), %11,6'sında hipertansiyon (HT), %10,7'sinde kalp hastalığı ve %2,3'ünde diyabetes mellitus (DM) hastalıklarında artış tespit edilmiştir.

Katılımcıların %26,7'sinde kronik hastalık ilaçlarının reçete edilme sıklığı artarken, %1,6'sında azalmış ve %71,7'sinde değişmemiştir. NSAİ kullanımında ise %58,6 artış, %1,9 azalma ve %39,5 değişiklik olmamıştır. Psikiyatrik ilaçların reçete edilme sıklığı %73,6 oranında artarken, %0,5 oranında azalmış ve %25,9'unda değişiklik olmamıştır.

Hasarsız/az hasarlı evde yaşayanların %9,1'i antibiyotik kullanmada artış olduğunu belirtirken, %0,6'sı azalma olduğunu ve %90,3'ü değişim olmadığını ifade etmiştir. Orta/ağır hasarlı/yıkık evde yaşayanların ise %10,3'ü artış olduğunu, %6,9'u azalma

olduğunu ve %82,8'i değişim olmadığını belirtmiştir. Evin hasar durumuna göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Evli olanların %3,5'i kendi kronik hastalık ilacı kullanımında artış olduğunu belirtirken, %0,3'ü azalma olduğunu ve %96,2'si değişim olmadığını ifade etmiştir. Bekar olanların ise %12,0'si artış olduğunu, azalma olmadığını ve %88,0'i değişim olmadığını belirtmiştir. Medeni duruma göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Bu araştırma, 2023 Kahramanmaraş depremlerinin bölgedeki birinci basamak sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri sunan fedakâr Aile Hekimlerinin üzerinde derin, yaygın ve karmaşık etkileri olduğunu açıkça ortaya koymuştur. Deprem sonrası artan fiziksel ve psikolojik semptomlar, bulaşıcı hastalıkların ve kronik hastalıkların alevlenmesi, değişen ilaç reçeteleme pratikleri ve sağlık çalışanlarının kendi sağlık durumlarındaki olumsuz değişimler, afetlerin sağlık sistemine yönelik çok yönlü zorluklarını ve sağlık çalışanlarının karşılaştığı olağanüstü insani ve profesyonel yükü çarpıcı bir şekilde göstermektedir. Özellikle psikiyatrik ilaçlardaki belirgin ve yaygın artış, afet sonrası ruh sağlığı krizine yönelik acil ve uzun vadeli müdahale stratejilerinin geliştirilmesinin hayati önem taşıdığını vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler : Deprem, Aile Hekimi

Sayfa Numarası : 112

Danışman : Doç. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

CHANGES IN THE PRESCRIBING AND USING HABITS OF FAMILY DOCTORS AFTER THE EARTHQUAKE

(Medical Specialization Thesis)

**KAHRAMANMARAS SUTCU IMAM UNIVERSITY
MEDICAL SCHOOL**

JUNE-2025

ABSTRACT

Purpose: The two major earthquakes experienced on February 6, 2023 have led to many material and spiritual changes in the lives of people living in the most affected provinces. Many people have lost their relatives and have not been able to return to their homes for a long time. In addition to these difficulties, Family Doctors lost their buildings in some units after the earthquake, some of them worked in other places. It has been observed that there have been some changes in the access to and use of medicines and medical supplies in addition to the changing needs such as housing, food and clothing for both patients and themselves. Since our country is an earthquake country, it is aimed to reveal which medicines are needed more by Family Doctors and their patients compared to before the earthquake, and which diseases are encountered more in the event of an earthquake, in order to prepare for similar situations that may occur later, since our country is an earthquake country.

Materials and methods: March Decembers 2024-March 2025, Our research is an analytical-cross-sectional study and was conducted with Family Physicians in ten earthquake affected provinces (Malatya, Kahramanmaraş, Hatay, Gaziantep, Şanlıurfa, Adıyaman, Osmaniye, Adana, Diyarbakır, Kilis) centered on Kahramanmaraş between 2024 and 2025. A questionnaire was applied to the Family Physician of 367 earthquake victims who agreed to participate in the study via the web environment. Link sharing of the survey form has been made in digital environment. The survey consists of a total of 30 questions. Sociodemographic information questions to the participants are included in the first part of the survey, and questions about medication use and prescribing changes after

the earthquake are included in the second part. The SPSS program was used in the evaluation of the data.

Findings: The study was within the scope of 367 and 39.2% came from Kahramanmaraş, 12.3% from Şanlıurfa, 8.4% from Hatay, 8.2% from Malatya, 7.9% from Adıyaman, 7.4% from Gaziantep, 6.8% from Adana, 6.3% from Diyarbakır, 3.3% from Osmaniye and 0.3% from Kilis. 65.1% of the participants were male and 34.9% were female. 86.4% of the participants were married and 13.6% were single. The rate of those who had children was 83.1%, while the rate of those who did not have children was 16.9%. Of those who had children, 27.2% had one child, 48.9% had two children, and 23.9% had three or more children. 56.1% of the participants have the title of family physician (general practitioner), 32.2% have the title of SAHU, 6.8% have the title of family physician and 4.9% have the title of AHU.

91.6% of the participants reported an increase in symptoms after the earthquake, while 8.4% reported no increase in symptoms. Of those who reported an increase in symptoms after the earthquake, 58.9% reported itching, 58.3% reported joint, spine, knee or back pain, 54.5% reported fatigue, and 49.7% reported an increase in cough symptoms. Additionally, 44.9% reported dizziness, 42.0% reported shortness of breath, 34.5% reported rash, 22.0% reported chest pain and diarrhea, 15.8% reported nausea or vomiting, 12.2% reported red eyes, and 0.6% reported an increase in stress symptoms.

While 94.0% of the participants stated that they detected an increase in diseases after the earthquake, 6.0% stated that they did not detect any increase in diseases. Of those who detected an increase in diseases after the earthquake, 79.7% had scabies, 72.8% had psychiatric diseases, 52.5% had upper respiratory tract infections (URTIs), 46.7% had joint, spine, knee or back pain, and 40.9% had allergic rhinitis. In addition, 38.6% had vertigo, 21.7% had pneumonia, 19.1% had conjunctivitis, 15.9% had gastroesophageal reflux disease (GERD), 11.6% had hypertension (HT), 10.7% had heart disease, and 2.3% had diabetes mellitus (DM). The frequency of prescription of chronic disease medications increased in 26.7% of the participants, decreased in 1.6% and remained unchanged in 71.7%. NSAID use increased by 58.6%, decreased by 1.9% and remained unchanged in 39.5%. The frequency of prescription of psychiatric medications increased by 73.6%, decreased by 0.5% and remained unchanged in 25.9%.

While 9.1% of those living in undamaged/slightly damaged houses stated that there was an increase in antibiotic use, 0.6% stated that there was a decrease and 90.3% stated that there was no change. 10.3% of those living in moderately/severely damaged/ruined houses stated that there was an increase, 6.9% stated that there was a decrease and 82.8% stated that there was no change. This difference was found to be statistically significant according to the damage status of the house.

While 3.5% of those who were married stated that there was an increase in their chronic disease medication use, 0.3% stated that there was a decrease and 96.2% stated that there was no change. 12.0% of those who were single stated that there was an increase, no decrease and 88.0% stated that there was no change. This difference was found to be statistically significant according to marital status.

Results: This research has clearly demonstrated that the 2023 Kahramanmaraş earthquakes had profound, widespread and complex effects on primary health care services in the region and the devoted family physicians who provide these services. Increased physical and psychological symptoms after the earthquake, exacerbation of infectious and chronic diseases, changing drug prescribing practices and negative changes in the health status of healthcare professionals themselves strikingly illustrate the multifaceted challenges disasters pose to the healthcare system and the extraordinary human and professional burden faced by healthcare professionals. The significant and widespread increase in psychiatric medications in particular highlights the vital importance of developing emergency and long-term intervention strategies for post-disaster mental health crises.

Keywords : Earthquake, family doctor

Page number : 112

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Afet.....	4
2.1.1. Afetlere sebep olan etmenler.....	4
2.1.2 Afet türleri:.....	5
2.1.3 Afet yönetimi	6
2.1.4 Afetlerde sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanlarının rolü.....	8
2.1.4.1. Birincil korunma (Afet öncesi)	8
2.1.4.2. İkincil korunma (Afet sırasında)	9
2.1.4.3. Üçüncül korunma (Afetten sonra).....	9
2.1.5. Türkiye’de afet	9
2.2. Deprem.....	11
2.2.1. Deprem oluşma nedenleri ve türleri.....	11
2.2.2. Deprem önlemleri.....	12
2.2.3. Deprem sağlık üzerine etkileri	14
2.2.4. Kırıklar ve kas-iskelet yaralanmaları	15
2.2.5. Travmatik nedenli olmayan medikal etkiler	17
2.2.6. Depremle tetiklenebilen bulaşıcı hastalıklar	18

2.2.7. Yara ve deri enfeksiyonları	18
2.2.8. Sağlık ile ilgili risk faktörleri ve önleyici tedbirler	19
2.2.9. Deprem ve aile hekimliği	20
2.3.1. Aile hekimliği tanımı ve tarihçesi	20
2.3.2. Genel pratisyenlik/aile hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri	23
2.3.3. Aile hekimliği hizmetleri temel bileşenler	25
2.4. Aile hekimliği ve ilaçlar	26
2.5. Birinci basamak ve ilaç reçeteleme becerileri	29
2.6. Hekimlerin ilaç reçeteleme davranışlarını etkileyen faktörler	31
2.6.1. Hasta etkisi (Yaş, ırk, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar ve tedavi geçmişi gibi):	31
2.6.2. Hekimlerin deneyimi:.....	32
2.6.3. Ürünlerin etkisi (Güvenlik, etkinlik, yan etki, maliyet):	32
2.6.4. İlaç stratejilerinin pazarlama faaliyeti (Numuneler, detaylar, reklam):	32
2.6.5. Ödeyenlerin etkisi (sigorta, yönetilen bakım, ...):.....	33
2.6.6. Çevresel faktörler (Eczacılar ve iş arkadaşlarıyla ilişkiler, seminerler ve kongreler, ilaca erişim, iş yeri):	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı	35
3.2. Etik Kurul Onayı	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.4. Verilerin Toplanması	36
3.5. İstatistiksel Analiz.....	36
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA.....	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	90

7. KAYNAKLAR.....	92
9. TABLOLAR DİZİNİ.....	96
10. ŞEKİLLER DİZİNİ.....	98



KISALTMALAR

TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
EDCD	: Epidemiyoloji ve Hastalık Kontrol Bölümü
ORS	: Oral Rehidrasyon Sıvısı
AFAD	: Türkiye Afet ve Acil Durum Başkanlığı
IFRC	: Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu
WMO	: Dünya Meteoroloji Örgütü
EM-DAT	: The international disaster database
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Birliği
ABFP	: Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu
AİK	: Akılcı ilaç kullanımı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SB	: Sağlık Bakanlığı
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
RBS	: Reçete Bilgi Sistemi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SAHU	: Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı
AHU	: Aile Hekimliği Uzmanı
DM	: diyabetes mellitus
HL	: hiperlipidemi
KAH	: koroner arter hastalığı
KOAH	: Kronik obstruktif akciğer hastalığı
OAD	: Oral antidiyabetik

PPI	: Proton pompa inhibitörü
ÜSYE	: Üst solunum yolu enfeksiyonu
GÖRH	: Gastroözofageal reflü hastalığı
NSAI	: Non-Steroid Anti İnflamatuvar İlaç
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
KC	: Karaciğer
AİK	: Akılcı ilaç kullanımı



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada doğa kaynaklı afetler ile birlikte teknolojik, sosyolojik, ekonomik, politik ve askeri değişikliklerin de etkisiyle farklı nitelikte afet durumları olmakta, sayı ve şiddet yönüyle cebirsel artış ile çeşitlenmektedir. Diğer taraftan insanlar, yaşadıkları bölgelerde daha yeni doğal afet tipleriyle yüz yüze kalmaktadır (1).

Depremeler ise küresel levha hareketliliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bazı levha sınırları yan yana sorunsuzca ilerlerken, bazılarında ise felaketle sonuçlanan kırılmalarla karşı karşıya kalınır. Bazı depremler yalnızca birkaç yüz metre sonra noktalanırken, diğerleri binlerce kilometre kadar kırılmaya devam eder. Depremler bazı durumlarda binlerce kilometre uzaklıktaki başka bir büyük deprem tarafından tetiklenebilir (2).

Deprem, insanların güvenle yürüdüğü toprağın hareketiyle, yerin üstündeki her varlığın zarar görebileceğini, can ve mal kayıplarına sebep olabileceğini gösteren bir doğal afettir. Depremin sosyal, ekolojik ayrıca psikolojik, ekonomik gibi sayısız boyutu vardır. Deprem anında insanların birçoğu paniğe kapılarak kaygı ile stres yaşar, o sırada duydukları sesler ve gördükleri görüntüler zihinlerinde belki de yaşam boyu unutulmayacak bir yer edinir. Depremden sonra kişilerin yaşadığı can ve mal kayıplarının etkileri öncelikle akut stres bozukluğu, daha sonraki süreçte ise travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile karşımıza çıkabilmektedir. Bununla beraber depresyon bu süreçte eşlik edebilmektedir (3).

Mart 2011'de yaşanan Büyük Doğu Japonya Depremi, yaşanan büyük tsunami ayrıca nükleer santral kazası sebebiyle hasara yol açması ile çoklu bir felaket olarak nitelendirilmiştir. Çoğu ilk müdahale görevlisi, tahliye ile sakinlerin kurtarılması, kayıpların aranması, barınakların yönetimi ve radyoaktif maddelerin ortadan kaldırılması gibi çeşitli şekillerde görev yapmıştır (4).

Deprem gibi afetlerden kurtulan kişilerin ruh sağlığı üzerinde çok büyük bir etkilenmeye neden olabileceğine dair dikkate değer kanıtlar bulunmaktadır (5).

25.04.2015 ve 12.05.2015'te düşük gelire sahip bir ülke olan Nepal, sırasıyla Richter ölçeğine ile 7,8 Mw ve 7,3 Mw büyüklüğünde iki depremle sarsılmıştır. Bu depremler ve sonrasındaki artçı şoklar ile 8700'den fazla kişinin ölmüş, 22.000'den fazla kişi yaralanmış ve 5-10 milyar ABD doları maddi kayıp olmuştur. Toplam 1100 sağlık

tesisinde hasar oluşmuştur. Deprem sonrası etkiler, nüfusun yer değiştirmesi, aşırı kalabalık yaşam şartları ile yetersiz sanitasyon, bulaşıcı hastalık riskleri ve bunların yaygın bulaşı konusunda endişelere sebep olmuştur. Ancak, Epidemiyoloji ve Hastalık Kontrol Bölümü (EDCD) Sağlık ve Nüfus Bakanlığı ile Çin tıbbi ekibi, Mayıs 2015 bitimine kadar hastalık gözetimi ve hızlı önleyici kontrol önlemleri almıştır. Sonuçta salgınlar en aza indirgenmiştir. Bu uygulamalar, doğal afetlerin uzun vadede sağlık etkilerini azaltır aynı zamanda antibiyotik kullanımının azalmasını sağlar. Bu çalışmada deprem sonrası dönemde, soğuk algınlığı tanısı için antibiyotik kullanan bireylerin yüzdesinde önemli bir artış olmuştur ve bu da antibiyotiklerin uygunsuz kullanıldığını göstermektedir. Yetkililer sağlık hizmeti sunucularının antibiyotik reçetelerinin, depremlerden sonra yaklaşan salgın uyarısı hakkında sürekli yayın yapan medyadan etkilenmiş olabileceğini düşünmüşlerdir. Ağrı kesici kullanımı azalma göstermiş; ancak deprem sonrası daha fazla baş ağrısı vakası olmuştur. İlçelerde daha fazla oral rehidratasyon tuzu (ORS) reçetesi verilmiştir. Çoğu çalışma akut bakım, salgın, ruh sağlığı sorunları ile afet sonrası yardımına odaklanmıştır. Birkaç çalışma da deprem sonrası psikiyatrik ilaç reçetelerine ayrıca sağlık yardımı dağıtım durumlarına bakmıştır. Sadece birkaç çalışma depremin ilaç reçeteleme üzerindeki etkilerini değerlendirerek bunları deprem sonrası durumla karşılaştırmıştır. Bir afetten sonra reçeteleme değişiklikleri ve ilaç kullanımını değerlendirmek, reçeteleme ve sağlık eğitimindeki eksiklikleri belirlemeye yardımcı olabilirken, diğer taraftan bölgeye özgü hastalıklar ile tedavileri belirleyerek sağlık hizmeti sağlayıcılarını ayrıca uluslararası tıbbi yardım ekiplerini gelecekteki olabilecek olaylara daha iyi hazırlayabilir (6).

Türkiye Afet ve Acil Durum Başkanlığı (AFAD) kayıtlarında,6 Şubat 2023'te 04:17 saatinde büyüklüğü (GMT+3) $M_w = 7.7$ (odak derinliği=8.6 km) ve yaklaşık olarak 9 saat sonra 13:24'te büyüklüğü $M_w = 7.6$ (odak derinliği=7 km) olan depremler meydana gelmiştir. Merkez üsleri Kahramanmaraş'ın Pazarcık ile Elbistan ilçeleri olarak belirlenmiştir. Bu depremler ile nüfus olarak 15 milyondan fazla kişinin yaşadığı Kahramanmaraş ve çevre illerden; Hatay, Gaziantep, Malatya, Adıyaman, Adana, Kilis, Diyarbakır, Elazığ, Osmaniye ile Şanlıurfa il ve ilçelerinde hasara sebebiyet vermiştir. Oluşan depremler ikinci ve üçüncü en büyük Türkiye depremleri olarak kaydedilmiştir. Gaziantep Nurdağı İlçesinde ise büyüklüğü 6.6 olan bir artçı sarsıntı daha olmuştur. Bu artçı bölgede kayıtlara geçen en büyük sarsıntı olma özelliğini taşımaktadır. 20 Şubat 2023'te, 20:04' te Hatay'ın Yayladağı ilçesinde $M_w = 6.4$ büyüklüğünde bir artçı deprem daha meydana gelmiştir (7).

Doğal afetler, toplumların sağlık sistemlerini önemli ölçüde etkileyen ve sağlık hizmetlerine olan talepleri artıran olaylardır. Özellikle büyük ölçekli depremler, altyapıyı ve sağlık hizmeti sunumunu zorlayarak sağlık çalışanlarının iş yükünü ve çalışma koşullarını değiştirmektedir. Bu bağlamda, aile hekimlerinin deprem gibi kriz durumlarında ilaç reçeteleme ve kullanma alışkanlıklarında değişim olup olmadığını incelemek, hem mevcut durumun anlaşılması hem de gelecekte benzer durumlar için önlem alınması açısından önemlidir.

Tüm bu veriler ışığında bu tez çalışması ile sağlık alanında önemli bir yer tutan Aile Hekimlerinin hem kendileri hem de hastaları için deprem öncesine göre hangi ilaçlara daha çok ihtiyaç duyduğunu ayrıca hangi hastalıklarla deprem durumunda daha fazla karşılaştıklarının ortaya konulması konusunda önemli bilgiler sağlanmaya çalışılacaktır. Böylece tıbbi yardımların nasıl yapılabilceğine ve sıklığı artan hastalıklar için daha sonra karşılaşılabilecek afet durumlarına hazırlıklı olunmasına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Sağlık çalışmaları afet yönetimi odaklı düşünüldüğünde, afet ile ilgili temel kavramların bilinmesi önceliklidir. Bu kavramların bilinmesi kurum ve kuruluşlar arası işbirliği sağlanmasını ayrıca ortak terminolojinin oluşturulmasını kolaylaştıracaktır.

2.1 Afet

Afetin birçok literatür tanımı vardır. Afetin en kapsamlı tanımı;” İnsanlar ve diğer canlılar için; devam eden yaşamı ve toplumsal yaşamı kesintiye uğratan, toplumda ve bireysel olarak fiziksel, sosyal, kültürel, ekonomik kayıplara sebep olan ve maruziyet yaşayan topluluğun başa çıkamadığı doğa ya da insan kaynaklı durumlar “şeklinde kabul edilebilir. Bu tanımda ilk koşul, afetten etkilenenlerin kendi kendilerine durumun üstesinden gelememesidir. Olan her deprem, her yangın, afet olarak değerlendirilemez. Örnek vermek gerekirse 17 Ağustos Depremi’nde meydana geldiği iddia edilen tsunami bir afet olarak kabul edilemez. Diğer taraftan 26 Aralık 2004 yılında Endonezya Sumatra Adasında olan 9 büyüklüğündeki deprem ve bu deprem ile oluşan tsunami 168 bini Endonezya’da yaşayan 10’dan fazla ülkede bulunan 230 binden fazla kişinin ölümüne neden olmasıyla, son yüzyılda karşılaşılan en büyük afetlerden birisi olarak kabul edilir. Benzer şekilde Endonezya Sumatra Adası’nda olan 8.3 büyüklüğündeki depremde meydana gelen tsunami bir afet etkisi yaratmamıştır. Bu şekilde değerlendirildiğinde afetler boyutları itibariyle, toplumu etkilenme oranı ile değerlendirilmelidir. Son yıllara kadar toplumların afetler ile ilgili görüşü XIX. yüzyıl başlarında kişilerin hastalıklara bakışı gibiydi, yani afetler, “öngörülemeyen, istenmeyen ve günlük yaşamın bir parçası olan kaçınılmaz bir risk” diye düşünülmekteydi (1).

Toplumsal gelişmeler ile bilimsel ilerlemeler sonucunda toplumların afetlere bakışı değişerek, afetlerin birçok hastalık gibi olmadan gerekli önlemler alınabilirse önlenileceği ya da en az zararla atlatılabileceği görüşü hâkimiyet kazanmıştır (1).

2.1.1. Afetlere sebep olan etmenler

Afetlere neden olan etmenler çok çeşitli olabilmektedir. Afetlerin sonuçlarına odaklanıldığında; ilk olarak can ve mal kaybına sebep oldukları görülmektedir. Can kaybı

insan ve hayvanların hayatlarını kaybetmesi; mal kayıpları da eşya, bina ve tarım alanlarının kaybedilmesidir (1).

Kayıpların bir kısmı ani oluşan afetlerle birlikte ortaya çıkarken, bir kısmı ise belirli bir zaman sonra ortaya çıkabilir. Örneğin, sel olayı meydana gelince can ve mal kaybı olabilmektedir. Ancak, sel olayından sonra sel ile gelen moloz, kum ve çamur tarım arazilerini verimsizleştirerek dolaylı olarak ve uzun süreli zararlar meydana gelmesine sebebiyet verebilir. Afet kavramının giderek ülke ve dünya gündeminde daha fazla önem kazanmasının arkasındaki neden, Birleşmiş Milletler İnsani İlişkiler Bölümü'nün açıklamalarına göre 1991 ile 1993 yılları arasında dünya yüzeyinde oluşan afet olaylarında meydana gelen % 35'lik bir artış olduğu gerçeğidir. Olayların doğası gereği her afet cinsi için farklı önlem ve hazırlıklar geliştirmek gerekliliği afet hazırlığının temellerini oluşturmaktadır (1).

2.1.2 Afet türleri:

1-Doğal Afetler: Ortaya çıkışları doğa olaylarına dayanan afetlerdir. İki grupta incelenebilir.

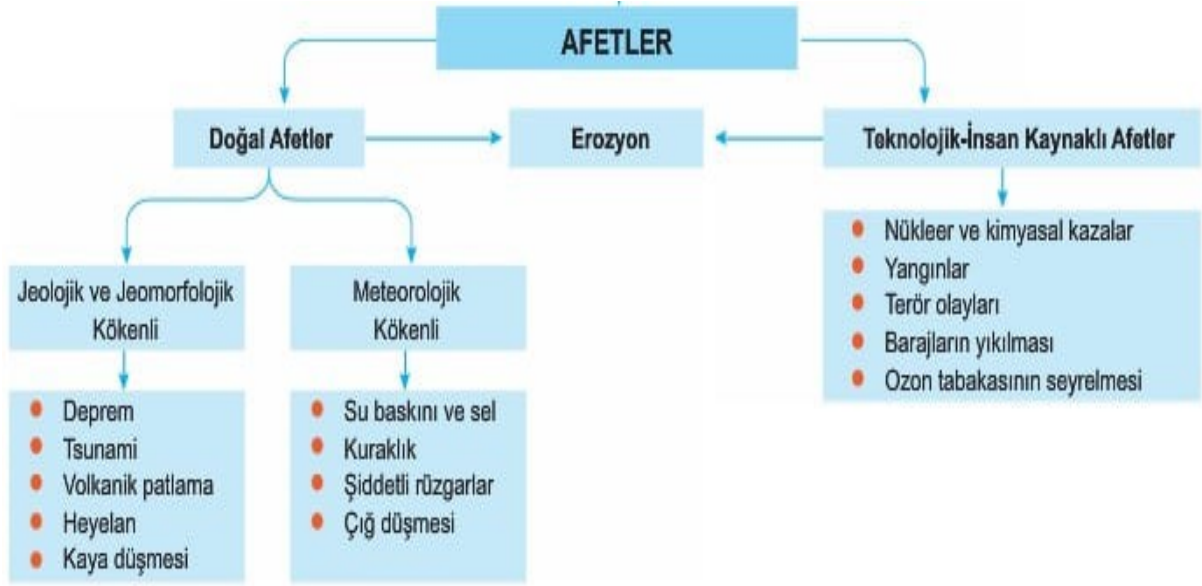
a-Jeolojik kökenden kaynaklanan afetler: Kaynağı yer kabuğu veya yerin derinlikleri olan doğal afetlerdir. Örnek vermek gerekirse deprem, heyelan, erozyon ile yanardağ patlamaları (Volkanlar), çamur seli veya kaya düşmesi.

b-Meteorolojik kökenliler: Kaynağı atmosfer olan doğa olayları nedeniyle meydana gelirler. Bu afetler, atmosferde meydana gelen olayların (sıcaklık, yağış, basınç ve rüzgâr) insanlar için yararlı olan sınırı aşmasıyla oluşur.

2-Doğal olmayan Afetler: Oluşumu insandan kaynaklanan afetlerdir. Örnek olarak, savaşlar ve iç savaşlar, bazı orman yangınları, meskun mahallerde oluşan yangınlar, tehlikeli maddeler ile oluşan kazalar, nükleer madde ile meydana gelen kazalar, hava ve su kirliliği, insan kaynaklı erozyonlar, silahlı saldırılar, terör ve insanların mülteci durumuna düşmesine neden olan diğer durumlar ile bulaşıcı hastalıklar vb.

3-Karmaşık Afetler: İnsan ve doğanın birlikte sebep olduğu afetlerdir. Örnek olarak, orman yangınları, deprem sonrasındaki yangınlar. Yangınlar, bahsedilen üç grupta da sayılabilir.

Bazı afetler kendisi ile birlikte ikincil afet denilen afetleri getirebilmektedir. Örnelemek gerekirse deprem; tsunami, heyelan ayrıca salgın hastalıklara ve yangınlara neden olması ile bu konuda göze çarpan bir örnek teşkil eder (1).



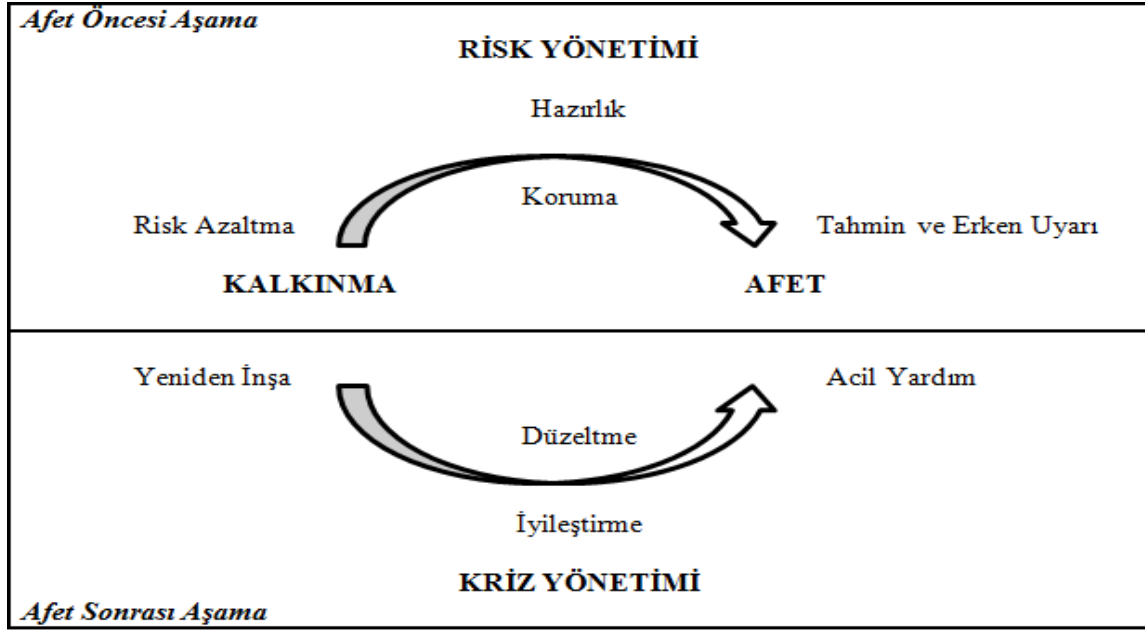
Şekil 1. Afetler

2.1.3 Afet yönetimi

Gelişmiş ülkeler afet yönetimini sürdürülebilir kalkınmanın önde gelen koşullarından bir tanesi olarak görmektedir. Son zamanlarda afetlerin değişen boyutları, teknolojik afetlerin görülme durumundaki artış ayrıca insanlar kaynaklı çalışmaların doğal afetlerin yıkıcılığında etkin olması da afet yönetiminin tekrar gözden geçirilmesi gerektiği görüşünü öne çıkarmıştır. Bu kapsamda farklı afet tiplerine çözüm üretebilen toplum oluşturmak ayrıca hazırlık çalışmaları çerçevesinde yine yerleşim yerlerinin alt ve üst yapılarını güçlendirmek önem kazanmaktadır. Bu durum kesin olarak, bilgi ve tecrübeyle desteklenen bilimsel çalışmaların iyi planlanması ve bu bağlamda geliştirilen eğitimlerin önemini daha da artırmaktadır (1).

Afet durumlarında hızlı, kesin ve doğru müdahale hayati bir gereklilik olup, bu etkinliğin sağlanması nitelikli bir afet yönetim sisteminin varlığına dayanmaktadır. Afet yönetimi, felaketlerin olası etkilerini engellemek veya en aza indirmek amacıyla afet öncesinde, sırasında ve sonrasında tatbik edilmek üzere kurgulanmış bir dizi süreçten oluşmaktadır. Afet yönetim sistemi içerisinde önemli bir aktör olan AFAD, 5902 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan kanun (2009) ile "afetlerin önlenmesi ve zararlarının

azaltılması, müdahale faaliyetlerinin yürütülmesi ve afet sonrası iyileştirme çalışmalarının planlanması, yönlendirilmesi, desteklenmesi, koordine edilmesi ve uygulanmasından sorumlu kuruluş" olarak tanımlanmıştır. Başarılı bir afet yönetimi süreci, acil durumların ve felaketlerin tüm boyutlarını ele alarak, mevcut kaynakların ve yetki alanlarının düzenlenmesine ve eş güdümüne odaklanmalıdır. Afet yönetimi döngüsü Şekil 2'de sunulmuştur.



Şekil 2. Risk yönetimi

Afet yönetim döngüsü, devletlerin, kuruluşların ve sivil toplum örgütlerinin afetlerin idaresi için geliştirdiği planlama, etki azaltma, afet anında ve sonrasında müdahale etme ve felaket sonrasında iyileşme çabalarını içeren bir süreci betimler. Bu döngünün evreleri sıklıkla birbirine entegre durumdadır ve her bir aşamanın süresi, büyük ölçüde felaketin şiddetine göre değişiklik gösterir (8).

Tomasini ve van Wassenhove (2009), afet yönetim döngüsünü dört temel evrede ele almıştır:

- Risk Azaltımı: Bu evre, beklenmedik durumların önleyici toplumsal yönünü temsil eder. Halkın zafiyetini düşüren ve direnç kabiliyetini güçlendiren yasal düzenlemeler ve mekanizmalar bu sürece dâhildir.
- Hazırlık: Afet yardımının sağlanması sürecinde görev alan tüm paydaşlar, toplumun bütünüyle bertaraf edemediği unsurları (tehlikelere ve kırılganlıklara

karşı önlem alma) saptamak için lüzumlu olan tedbirleri ve müdahale yöntemlerini kapsar. Bu evre, etkin bir risk yönetimini zorunlu kılar.

- Müdahale: Meydana gelen afete yönelik doğrudan eylemleri ifade eder.
- İyileştirme/Rehabilitasyon: Yaşanan kayıpları minimuma indirme ve zarar gören bireyleri eski yaşam koşullarına döndürme amacını taşıyan faaliyetlerdir (8).

2.1.4 Afetlerde sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanlarının rolü

Afetler sonucunda meydana gelen hasarları önleme veya azaltmayı hedefleyen kurumlar içinde sağlık kurumları büyük bir öneme sahiptir. Afetin her bir aşamasında görevi bulunan sağlık kuruluşları, hızlı ve etkin bir şekilde geniş kitlelere ulaşp gerekli önlemleri almak amacıyla kritik bir rol üstlenerek işleyişin verimli bir şekilde yönetilmesine katkı sağlar. Afetler yaşandığında sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sağlanması, afetzedelerin hayatta kalma şansını arttırabilen etmenlerdendir. Sağlık çalışanları, afet öncesi hazırlığından başlayarak afet yaşandığı anlarda ve sonrasında müdahalede etkin bir şekilde rol üstlenerek etkilenen topluluklara sağlık hizmeti verirler. Bu bağlamda, sağlık sunumunun afet yönetimindeki rolü konusu oldukça önemlidir. Afet durumunda sağlık çalışanlarından beklenen, sakinlik ve soğukkanlılıkla hizmet sunabilme yeteneğidir. Afet durumlarında sağlık çalışanlarının eğitilmesi oldukça önemli bir konudur. Bu tür afet durumlarında amaç, morbidite ve mortalitenin olabildiği kadar azaltılmasıdır. Afet türüne göre değişmeksizin sağlık sunumu birincil, ikincil ve üçüncül korunma olarak sınıflandırılır (9).

2.1.4.1. Birincil korunma (Afet öncesi)

Birincil korumanın bileşenleri önleme, hazırlıklı olma, erken tanı ve uyarı sistemleridir ve koruyucu hizmetlerin en önemli bölümünü kapsar. Bu bileşenlerin amacı, karşılaşılabilecek afet durumlarının gerçek felaketlere dönüşmesini engelleyebilmektir. Afetlerin önlenmesi konusu kadar, afete hazır olma durumu da hayati öneme sahiptir. Öncelikle durum değerlendirmesi yapılmalıdır. Afetlerden önce, coğrafi, demografik ve yapısal durumlarla birlikte personel, araç gereç, tıbbi malzeme durumları ve diğer kaynaklar düşünülerek durum değerlendirilmesi yapılır. Hekimler ve diğer sağlık sunumunda yer alan personeller mesleki eğitimleri süresince ve sonrasında düzenlenecek

kurslar neticesinde afetlerde sağlık hizmetlerinin nasıl olması gerektiğine ilişkin eğitilmelidirler.

2.1.4.2. İkincil korunma (Afet sırasında)

Afet olduğuunda ve sonrası ilk saatlerde alınması gerekli önlemleri içerir. Bu önlemler; afetten etkilenen kişilerin ve etkilenen bölgelerin tanımlanması, enkazların kaldırılması ve ortamın temizlenmesi, afetzedelerin barındırılma ve beslenme ihtiyaçlarının sağlanması ile ısınma, ulaşım ve iletişim ihtiyaçlarının karşılanması, emniyet ve güvenliklerinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetleri ve çevre sağlığı için gerekli tıbbi bakımın sağlanmasını içerir.

2.1.4.3. Üçüncül korunma (Afetten sonra)

Afetzedelerin ve ailelerinin yaşamlarını tekrar kurmaları için gerekenleri içerir. Toplumun afet sonrasında oldukça büyük bir psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak sıkıntılı bir durum içinde olduğu bilinmelidir. Bu durumda devlet ve gönüllü kuruluş destekleri son derece önem arz eder. Eğitim ve sağlık sunumu, iş bulma imkanları, yiyecek ve yakacak temin edilmesi, kredi destekleri, toplum için gereken yeniden yapılanmaya yardımcı olma, geçici barınma sağlanması ve sonrasında rehabilitasyon süreçleri öncelikli destekler için yapılacaklar arasında yer alır.

2.1.5. Türkiye’de afet

Dünya genelinde görülen afet türü olarak yaklaşık 52 çeşit afet bulunduğu düşünüldüğünde, bu afetlerden yaklaşık 21’i ile Türkiye’de karşılaşıldığı varsayılabilir. Doğal afet çeşitleri ve önem sıralamaları ülkeden ülkeye de değişim göstermektedir. Bölgelere göre de değişim olabilmektedir. Örneğin, Akdeniz bölgesinde karşılaşılan doğal afet türleri kuraklık, sel, orman yangınları, heyelan, dolu fırtınası, çığlar, don olaylarıdır. Ülkemizde ise en çok görülen meteorolojik nedenli doğal afet türleri dolu, seller, taşkınlar, don, orman yangınları, kuraklık, şiddetli yağışlar, şiddetli rüzgâr, yıldırım, çığ düşmesi, kar ve fırtınalar gibi olaylardır. Dünya Meteoroloji Örgütü’ne (WMO) göre sadece 1980’li yıllarda tüm dünyada 700,000 kişi meteorolojik nedenli afetlerden dolayı vefat etmiştir (WMO, 1999). Genel olarak ülkemizde afetlerin oranları değerlendirildiğinde % 61’le deprem ilk sırada gelmekte, bunu ise % 15 ile heyelan ve sonra % 14 ile sel izlemektedir.

Son on yılın verilerine bakıldığında ise ilk iki sırayı deprem ve selin aldığı görülmektedir (1).

Yıllar boyunca Türkiye; tektonik yapı, jeolojik, topografik ve meteorolojik özellikleriyle birçok doğal afete maruz kalabilen bir ülkedir. Bu bağlamda deprem, sel, heyelan, yangın, çığ düşmesi ve kuraklık vb. afetler geçmişte sıkça görülmüştür. Daha önce konu edildiği üzere Türkiye tarihinde en çok hasara sebep olan doğal afet türü depremlerdir. Bu depremler, ülkemizin coğrafi konumu ayrıca jeolojik yapısı sebebiyle sürekli bir risk oluşturmakta iken afet yönetimi açısından da büyük önem taşımaktadır (8).

Başka bir araştırma ile Türkiye’de 1900-2022 yılları arasında yaşanmış ve EM-DAT (The International Disaster Database) tarafından kayıt edilen ana afet türlerinin olay sayısı, hayatını kaybeden kişi sayısı, etkilenen kişi sayısı, olay başına vefat oranı ve olay başına etkilenen kişi sayısı oranı hasar göstergeleri incelenerek sıralama yapılmıştır. Bu araştırma ile de olay sayısı, vefat sayısı ve etkilenen kişi sayısı açısından yapılan kıyaslamaların tümünde deprem ana afet türünün ilk sırada geldiği görülmektedir. Ayrıca ölüme sebebiyet verme oranı açısından yapılan incelemelerde yine ilk sırada deprem ana afet türü yer almaktadır. Türkiye’ de en az ölüme yol açan ana afet türü ise bu sıralamaya göre orman yangınları olmuştur. Türkiye’de etkilenen kişi sayısı oranı yönünden yapılan sıralamada ilk sırada depremler değil onun yerine orman yangınlarının yer aldığı görülmektedir. Etkilediği kişi sayısı oranı yönünden depremler ise ikinci sırada yer bulmaktadır. Etkilenen birey sayısı oranı en düşük olan ana afet türü ise heyelanlardır (10).

Kahramanmaraş depremlerinden önce Türkiye'nin yaşadığı en büyük depremler arasında, 1939'da 7,9 büyüklüğünde Erzincan'da meydana gelen ve çok sayıda insanın vefat ettiği deprem ilk sırada yer almaktadır. Bu depremde 32.962 kişi hayatını kaybetmiş ve 116.720 yapı ağır hasar almıştır. İkinci sırada 1999'daki 7,4 büyüklüğündeki Marmara depremi bulunmaktadır. Kuzeybatı Anadolu'nun tümünde hissedilen ayrıca yer yer ciddi oranda can ve mal kayıplarına neden olan bu büyük deprem, yapılan değerlendirmelerde en çok hasar meydana getiren ilk 10 deprem arasında dünyadaki yerini almıştır. Türkiye'nin doğal afet sıklığına bakıldığı zaman 1900-2015 yılları içinde uluslararası kayıtlara düşen 77 deprem, 43 sel ve su baskını, 13 heyelan, 8 epidemik salgın, 5 orman yangını ve 6 fırtına yer almıştır. Bu değerlendirmelerde afetlerden can kaybı yönünden ilk 10 afete bakıldığında tamamının deprem olduğu görülmüştür. Bu bağlamda Türkiye depremlerde vefat sayısı açısından ise sekizinci sıradadır. Diğer taraftan etkilenen insan sayısına göre ilk 10 değerlendirildiğinde birinci sırada 1.589.600 kişi sayısı ile Adana Ceyhan

depreminin olduğu ayrıca ilk 10'un içinde 2 tane de sel felaketinin (1998 Devrek Seli ve 1995 Antalya Seli) bulunduğu anlaşılmaktadır. Kümülatif ekonomik zarara bakılacak olduğunda ise 20 milyar dolar ile Marmara depreminin ilk sırada olduğu görülmektedir (9).

2.2. Deprem

Yerkabuğunun içinde kırılmalar sebebiyle aniden meydana gelen titreşimlerin dalgalar şeklinde yayılarak geçtikleri yerleri ve yer yüzeyini sarsması olayına "deprem" denilir (11).

Afetlerin içinde en etkilisi olan deprem; çok kısa sürelerde (15-20 saniye gibi) milyonlarca insanın yaşadığı coğrafyaları etkileyerek binlerce yaşam kaybına, yaralanmalara veya sakat kalmalara neden olabilmektedir (1).

Deprem, insanların hareketsiz olarak düşündüğü ve bu nedenle güvenle üstünde yaşadığı toprağın da hareket edebileceğini ve üstünde bulunan bütün yapıların da hasarlanabileceği, can kaybına sebep olabilecek şekilde yıkılabileceklerini bizlere gösteren yıkıcı olabilen doğa olayıdır (11).

Depremi oluşma şeklini, dalgalarının yeryüzü içinde nasıl yayıldıklarını, ölçü aletleri ile ölçüm yöntemlerini, kayıtların değerlendirilme sürecini ve deprem ile bağlantılı diğer konuları değerlendiren bilim dalına " sismoloji " denilir.

2.2.1. Depremi oluşma nedenleri ve türleri

Depremi meydana gelmesi ve "Elastik Geri Sekme Kuramı" ile anlatımını 1911'de Amerikalı Reid yapmıştır ayrıca bu kuramı laboratuvarlarda da deneyerek kanıtlamıştır. Buna göre; "Levhalar arasında, belirli bir noktada zamanla yavaş yavaş biriken elastik birim deformasyon enerjisi kritik bir seviyeye ulaştığında deprem meydana gelir. Bu durum, fay düzlemi boyunca sürtünme kuvvetinin aşılmasıyla, fay çizgisi üzerinde her iki taraftaki kayaç bloklarının ani hareketleriyle karakterizedir". Aniden oluşan bu yer değiştirme hareketi ile mekanik enerjiye dönüşmesi sonucunda yer katmanlarında kırılma ve yırtılma hareketi meydana gelmektedir.

Depremi oluş sebeplerine göre farklı türleri vardır. Dünyada oluşan depremi büyük çoğunluğu yukarıda bahsedilen şekilde oluşmakta iken az miktarda da olsa diğer doğal sebeplerle de olan deprem türleri bulunmaktadır. Yukarıda bahsedilen levhaların hareketi sonucunda oluşan depremler genel olarak "tektonik" depremler olarak

isimlendirilir. Yeryüzünde oluşan depremlerin %90'ı tektoniktir. Türkiye'de oluşan depremlerin büyük çoğunluğu tektonik depremlerdir. Depremlerin ikinci tipi ise "volkanik" depremler olarak adlandırılır. Bu depremler volkanların püskürmesi ile oluşurlar. Yer kürenin derin bölgelerinde ergimiş maddelerin yeryüzüne çıkışı esnasındaki fiziksel ve kimyasal durumlar sonucunda ortaya çıkan gazların yaptığı patlamalar ile bu tür depremlerin oluştuğu bilinmektedir. Bu depremler yanardağlarla ilgili oldukları için yereldirler, bu sebeple önemli zarara sebep olmazlar. Japonya ve İtalya'da meydana gelen depremlerin bir bölümü bu gruptadır. Türkiye'de ise aktif yanardağ bulunmadığından bu türde depremler olmamaktadır.

Bir başka deprem türü de "çöküntü" depremler olarak adlandırılır. Bu depremler yer altında bulunan boşlukların (mağara), kömür ocakları içindeki galeriler ile tuz ve jipsli arazilerde meydana gelen erime sonucunda oluşan boşlukların tavan bloğundaki çökmeler sonucunda oluşurlar. Hissedilen alanlar yerel olduğundan enerjileri azdır, bu nedenle fazla zarar oluşturmazlar.

Odak noktası deniz altında bulunan Derin Deniz Depremleri sonrası, denizlerden kıyılara doğru oluşan sonuçta bazen kıyılarda ciddi hasarlara sebep olan dalgalar oluşabilir ki bunlara Tsunami denilir. Bu tür depremlerin çok defa olduğu Japonya sınırlarında Tsunami sebebiyle 1896 yılında 30.000 kişi yaşamını kaybetmiştir (11).

2.2.2. Deprem önlemleri

Depremlerin sebep olduğu etkilerden korunabilmek, depremlerde kaybedilenler içinde en önemlileri olan insan hayatı ve uzuv kayıplarını olabildiğince indirebilmek için alınması gereken bazı önlemler vardır (11).

İlk etapta yapılacaklar Afetler döngüsünün ilk aşaması olan "Risk Yönetimi" ni oluşturmaktadır. Bu faaliyetler ile risk azaltma ve hazırlıklı olma çalışmaları ve önlemleriyle hasarların en aza indirilmesi amaçlanmaktadır. Yapılması gerekenler arasında deprem riski yüksek olan alanlarda, fay hatları üstünde yerleşimin olabildiğince engellenmesi, alt ve üst yapıların yapısal olarak güçlendirmeleri ve mühendislik uygulama faaliyetlerinin ön planda tutulduğu yıkımı önleyici faaliyetler bulunmalıdır. Şehir ve bölge planlamaları yapılırken deprem, sel, çığ için hazırlanan afet haritaları göz önünde bulundurularak hazırlanması, riskli bölgelerde yerleşime kesin olarak izin verilmemesi elzemdir. İmara açılması planlanan alanların hem riskli bölgeler dışında hem de zeminin

güçlü olduğu yerlerin bulunduğu alanlarda belirlenmesi, zayıf zemin üzerinde yerleşim planlanıyorsa derin temel uygulamalarının zorunlu hale getirilmesi gerekmektedir. 2019 yılında yapılan düzenlemelerle yürürlüğe girmiş olan Türkiye Bina Deprem Yönetmeliği; yeniden yapılacak, restore edilecek, tadilat görecekt, güçlendirilecek tüm yapılar ile ilgili mimari ve teknik kuralları içermekte ayrıca deprem bölgelerinde ve diğer yerlerde zemin özelliklerine göre deprem tasarımı konusunu tarif etmektedir. Taşıyıcı sistemlerin yapım tekniklerini barındıran bu yönetmeliğin yeterli olduğu düşüncesi hakim olmakla birlikte tekrar gözden geçirilmesi ve gereklilik halinde yeni teknolojilere göre revizyon yapılarak toplumsal güven sağlanmalıdır. Türkiye koşullarında en çok üzerinde çalışılacak konu, imar ile ilgili yasa ve yönetmeliklerin tam anlamıyla uygulanabilmesi için ne gibi gereklilikler olduğunun doğru irdelenmesidir. Daha önce yaşanan tecrübeler, hatalı uygulamaların, ihmallerin ve/veya eksik malzemelerden yapılan binaların vahim sonuçlar doğurduğunu göstermiştir. Yapıların inşaat sürecinde il/ilçe özelinde hem merkezi yönetim temsilcilerinin hem de yerel yönetimlerin kontrol mekanizmalarının ciddi yaptırımlarla birlikte tam işler olması gerekmektedir. Bu tür projelerde; kontrol mekanizmaları için mimari ve statik projeleri doğru okuyabilecek, uygulama kurallarından haberdar olan teknik elemanların entegre edilmesi ile birlikte her inşaat için periyodik kontrollerin tanımlanması ve bu periyotlar yerine getirilmeden inşaatın devam ettirilmemesi sağlanmalıdır. Son olarak projelerden sehven ve/veya bilerek yapılan sapmalar için cezalar bulunmalı, telafisi de zorunlu tutulmalıdır (12).

İkinci gruptaki önleyici faaliyetler arasında o toplumdaki yanıt personellerinin, hastane çalışanlarının ve sakinlerinin deprem konusunda eğitimlerini ayrıca deprem için gerekli hazırlıklarını içeren yanıt kapasitelerini artırma faaliyetleri gelir.

Depremler bilinmeyen herhangi bir zamanda ve herhangi bir yerde gerçekleşebileceği için toplumun bilinçlendirme çalışmaları üzerine ulusal stratejiler geliştirilerek devamı sağlanmalıdır. Binalar için yapısal kontroller, yapısal olmayan binalar içindeki diğer bileşenler de olası eşya düşmelerine karşı sabitlenmelidir. Bina acil çıkış yönleri belirli olmalı bu alanların amaç dışı depolama, barınma gibi amaçlar için kullanımının önüne geçilmeli, kapılar kilitli tutulmamalıdır. Aile üyeleri olası deprem durumlarında ev içi güvenli alanların tespiti, deprem sonrasındaki iletişim şekilleri ve buluşma noktası gibi hususlar için ortak alternatifler içeren yollar belirlemelidir. Temel ihtiyaçların içinde bulunduğu bir çanta ilk yanıt personelleri ulaşana kadar kullanışlı olabilir (13).

2.2.3. Depremi sağlık üzerine etkileri

Depremden etkilenen toplumdaki sağlık sistemi de bu olumsuz durumdan değişik seviyelerde etkilenebilir. Hastaneler kısmen veya tamamen iş göremez halde olabilir, hastanelerin tahliyesi gerekli olabilir, hastanenin medikal ekipmanları ve kullanılan ilaçlar tahrip olabilir, personeller enkazda kalmış, yaralanmış veya deprem etkisiyle ortaya çıkan panik ve anksiyeteden etkilenmiş olabilir, bazı personeller ulaşım yollarında oluşabilecek hasarlar nedeniyle görev yerlerine ulaşmada glk çekebilir, yakınları enkaz altında kalanlar, yaralanan veya güvenli bir alanda bulunmayan çalışanlar sağlık hizmeti veremez halde olabilirler. Hizmet binasının yapısal bileşenler ve diğer bileşenlerinde hiçbir hasarın olmadığı, çalışanların tam kapasite ile görevlerini yerine getirebildiği durumlarda dahi depremler sonrasında artabilen sağlık hizmet talepleri nedeniyle ortaya çıkan karmaşık ortamda hizmet sunumunda aksamalar ve tıkanma meydana gelebilir. Afetlerde sağlık hizmetlerinin devam ediyor olması etkilenen toplum için deprem sonrasında ihtiyaç duyulan en önemli unsurlardandır. Depremlerden nce “Hastane Güvenlik Endeksi” gibi belirteçlerin kullanılarak her hastanenin mevcut durumunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Mevcut eksiklikler giderilerek bu yapıların güvenli hastanelere çevrilmesi, hastanelerin afet ve acil durum planlarının kapsayıcı ve işlevsellik anlayışı ile düzenlenmesi, çalışanların eğitimi ve bu tür eğitimlerin sık tekrarlı tatbikatlarla pekiştirilmesi yaşanabilecek kayıpların en aza indirilmesine katkı sunacaktır. Gerçekleştirilecek tatbikatlar gerçek duruma bire bir benzemese de çalışanların afetlerden hemen sonraki karmaşık ortama hızlı adapte olmaları açısından son derece önemlidir (11).

Deprem yaralanmaları ise küçük kesikler ile morluklardan ciddi kırıklara ayrıca ezilme yaralanması ve yanıklara ulaşan çeşitlilik gösterebilir. ken binalardan kaynaklanan büyük miktarlarda toz ve moloz sebebiyle hava yolu tıkanıklığı ya da boğulmayı da içerir. Depremden sonra hayatta kalanların ruh sağlığı üzerine etkileri içinde görülen en sık psikiyatrik durumlar travma sonrası stres bozukluğu ile majör depresyondur.

Depremlerin halk sağlığını önemli derecede etkileyen bir olaylar zinciri başlatma potansiyeli bulunmaktadır ve depremzede topluluklarda görülen vakaların, bulaşıcı hastalık salgınlarına sebep olabilecek olumsuz koşullar için zemin hazırlama olasılığı bulunmaktadır (14).

Depremler sonrası hem hastaneye ulaşımda hem de hastanelerde oluşan sağlık yükü ilk hafta içinde en yüksek seviyededir. Deprem sonucunda meydana gelen yaralanmaların

triyaaj ve ilk bakım aşaması hastane öncesi sağıık çalışanları vasıtasıyla sahada başlayabilirken, ayaktan kendi imkânları ile hastaneye başvuran yaralılar sebebiyle hastanelerde de başlayabilir. Bu sebeplerle hastane öncesi ve hastanedeki sağıık ekiplerinin afete yönelik tıbbi bakım yetkinliğı üst düzeyde olmalı ve daha önce oluşturulan afet durumu planlarına daha önceki bölümlerde de bahsedildiğı üzere aşına olmalıdır (11).

Medikal etkiler depremlerden hemen sonra görölmeye başlayıp uzun yıllar boyunca devam edebilir. Depremiñ hemen sonrasında ortaya çıkan durumlar sıralanacak olursa bina içinde sıkışmak, enkazda kalmak, savrulan eşyalar nedeniyle olan mekanik enerji kaynaklı ölüm veya panik kaynaklı kardiyak sorunlar ve yüksekten atlamalar sebebiyle ölümler ile karşılaşılabilmektedir. Deprem nedenli oluşabilecek tsunamiler akut dönemde ölümlere neden olabilir. Oluşan tozun solunması ve kompresyon etkisi ile boğulmalar yaşanabilir. Hipovolemik şok, hipotermi gibi çevresel nedenlerden kaynaklanan durumlar, yangınlar, artçılar, heyelan, tehlikeli madde sızıntıları, barajların çökmesi veya benzer olarak depremin tetiklediğı olaylar nedeniyle dakikalar ile saatler içinde hızlı ölümler gerçekleşebilir. Gecikmiř ölüm durumları ise genellikle Crush sendromu, dehidratasyon, hipotermi, hipertermi, yara yeri enfeksiyonları ya da sepsis nedeniyle günler haftalar içinde gerçekleşebilir. Depremler nedeniyle ortaya çıkan diğeri tıbbi etkiler sıklıkla; kırıklar, ampütasyonlar, kas-iskelet yaralanmaları ile Crush sendromu, meydana gelebilen kanamalar, yanıklar, zehirlenmeler, solunumsal, nörolojik ve kardiyovasküler sorunlardan kaynaklanır (11).

2.2.4. Kırıklar ve kas-iskelet yaralanmaları

Depremlerde en fazla gerçekleşen yaralanma şekilleri sırasıyla yazılacak olursa kırıklar, yumuşak doku yaralanmaları ile ezilme yaralanmalarıdır. Vücutta en fazla travmaya maruz kalan bölgeler ise ekstremitelerdir. Kırıklar cerrahi müdahaleye gerek duyabilecek veya ayaktan tedavi düzenlenebilecek durumda olabilir. Kırık oluşan bölge depremzedenin olay esnasında durduğı pozisyona göre değışebilir; ayakta ve oturur pozisyonrakilerde genellikle vertebra kırıkları görölürken, uzanan veya yan pozisyonda bulunan depremzede de pelvik ve torasik kırıklara daha fazla rastlanmaktadır. Kafatası kırıkları varlığında intrakranial kanama, vertebra kırıkları ve nörolojik hasarlar, kosta kırıkları, hemotoraks, pnömotoraks ve intabdominal yaralanma, ekstremiti kırıkları ve nörovasküler yaralanma gibi eşlik edebilecek durumlar gözden kaçırılmamalıdır. Tecrübeli, uygun ekipmanı bulunan ve yeterli ilaç kapasitesine sahip bir cerrahi alan ve acil tıp uzmanı hekimler bu

yaralı grubu için sağlık bakımında kilit rolde bulunmaktadır. Ülkemiz gibi depremlerin fazlaca görüldüğü yerlerde bu kritik alan çalışanlarının afetlere özgü eğitim görmüş olmaları büyük önem taşımaktadır. Ezilme şeklinde yaralanmalar betonarme tipindeki yapılarda başka yapı çeşitlerine göre daha çok ortaya çıkmaktadır. Bu şekilde oluşan ezilme türü yaralanmalar Crush sendromu ve böbrek yetmezliğine sebep olabilmektedir. Crush sendromu uzuvlarda meydana gelen uzun süreli baskı sonrasında rabdomiyoliz ile miyogloblin, potasyum ve fosfatın dolaşım sistemine salınması nedeniyle oluşur. Bunun sonucunda oluşan sistemik etkiler ise hipovolemik şok, hiperkalemi, böbrek yetmezliği ile ölümcül kardiyak aritmilerdir. Crush sendromu nedeniyle oluşan böbrek yetmezliği diyaliz gerekebilecek düzeye ulaşabilir. 1999 Marmara depremini inceleyen birçok çalışmada bu tür diyaliz desteğine ihtiyaç duyan çok sayıda depremzede hasta olmuştur. Crush yaralanması olduğunda hastane öncesinde başlanılan uygun tedaviler ile ve diyaliz ihtiyacı olan depremzedeler arasında uygun bir triaj, kompartman sendromu riskinin erken teşhisi, uygulanan fasyotomi gibi önemli tedavilerin erken ve etkili yapılması ile birlikte hayat ve uzuv kayıpları yaşanmasının önüne geçebilmek mümkündür. Uygun sıvılar ile resüsitasyon yaralıların kurtarılmadan önce, kurtarılma esnasında ve kurtarılma sonrasında tedavilerinin temel bileşenlerindendir. Hastane öncesi ve hastanelerde gerçekleşen amputasyon durumu kaza yerinde sıkışmış hastaların kurtarılması, tamir edilemez bir vasküler yaralanma, kısmi olarak gerçekleşen amputasyonun tamamlanması gerekliliği ve ağır sepsis gibi nedenlerle gerçekleştirilmiş olabilmekle birlikte bu tür amputasyonların yüksek mortaliteye sahip olduğu unutulmamalıdır. Amputasyon kararı; etkilenen uzvun son durumu, kazazedenin genel sağlığı, amputasyon için kullanılması planlanan tesisin imkanları, ameliyat sonrası yapılacak takip ve rehabilitasyon ile protetik bakım gibi çoklu etmenlerin karar verme aşamasında etkili olacağı bir süreçtir (11).

Depremden kaynaklanan toraks yaralanmaları hem küçük yaralanmalar hem de ölümcül yaralanmalar şeklinde olabilir. Kosta kırığı, yelken göğüs, hemotoraks, pnömotoraks, sternum, skapula ve klavikula kırığı, akciğer parankiminde yaralanma ve plevral yaralanmalar depremlerin sebep olduğu en sık toraks yaralanma türleridir. Toraks yaralanması sonucu gelişen solunum yetmezliği depremin meydana geldiği bölgelerde mekanik ventilasyon cihazlarına duyulan gerekliliği arttırabilir.

Nörolojik sistem yaralanmaları depremler nedeniyle sıklıkla görülebilmektedir. Depremde görülebilen en sık yaralanmalardan biri ise omurga kırık ve çıkıklarıdır. Bu şekilde en çok görülen durum kişiye ayakta veya otururken düşen bir tür cismin

çarpmasıdır. Bu türden yaralanmalarda profesyonel olmayan kurtarıcılar tarafından gerçekleştirilen uygunsuz kurtarmaların da etkili olabileceği ihtimaller arasındadır. Spinal kırık türlerinden en çok kompresyon kırıkları görülür. Depremlerde görülebilen diğer nörolojik sistem yaralanmaları; kafa travmaları, kafa tabanı kırıkları, skalp laserasyonları, subaraknoid kanama, diffüz aksonal injury ile primer beyin sapı yaralanmalarıdır. Bu şekilde oluşan kafa travmalarının yaklaşık olarak %34'ünde büyük cerrahi işlem ihtiyacı ortaya çıkabilmektedir.

2.2.5. Travmatik nedenli olmayan medikal etkiler

Akut miyokard infarktüsü, disritmiler, serebrovasküler hastalıklar, hipertansif olaylar gibi kalp damar hastalıkları ile karşılaşılabilir. Genel sebepler artan fiziksel ve psikolojik stres ile hastaların düzenli ilaç kullanımlarının aksamasıdır. Depremler tek başına, etkilenen yerlerde o sırada mevcut olmayan hastalıkların görülmesine sebep olmazlar ve genellikle salgın hastalıklara sebebiyet vermezler. Ancak depremler sonrası kalabalık alanda yaşam, su ve temizlik alanlarına ve malzemelere ulaşımındaki aksaklıklar sebebiyle bulaşıcı hastalıklar görülebilmektedir. Vefat edenlerin bedenlerinden salgın ortaya çıkması ihtimali çok düşüktür, sadece bu bedenler ile yakın temasta bulunan arama kurtarma görevlileri ve defin işlemleri çalışanlarında bu risk kayda değer derecede artar. Bulaşıcı hastalık riskine karşılık genel önlemler alınması, Hepatit B ve Tüberküloz aşılı ile bu tür riskli grup personellerinin bağışıklanması önerilmektedir. Deprem sonrası tüm yaş gruplarında ruhsal problemlerle karşılaşılabilir. Başlarda panik, korku, akut stres belirtileri, pasifleşme ve uyku bozuklukları görülebilmektedir. İlerleyen dönemlerde ise depresyon, madde bağımlılıkları, post-travmatik stres bozukluğu ve intihar depremden sonra hayatta kalan kişilerde görülebilir. Mental sağlığı korumayı ve iyileştirmeyi hedef alan erken uygulamalar, hayatta kalan depremzedelerin travmatik etkilerden uzaklaşabilmeleri için son derece önemlidir. Kronik hastalık alevlenmeleri, artan stres veya düzenli kullanılan ilaçlara ulaşmakta zorluklardan kaynaklanabilir. Diyabetik hastalar, gebe ve emzirenlerde sağlanan besin içerikleri özelleştirilmezse buna bağlı beslenme nedenli sorunlar ortaya çıkabilir. Enkazlar nedeniyle oluşan toz bulutları, yangınlar ve duman inhalasyonları hem saha görevlileri hem de diğer depremzede kişilerde solunum problemleri için risk oluşturur. Nükleer, kimyasal ve radyoaktif kaynaklardan oluşabilecek sızıntılar nedeniyle bazı kontaminasyonlar ortaya çıkabilir. Bu tür durumlara karşı önlemler alınmalıdır (11).

2.2.6. Depremle tetiklenebilen bulaşıcı hastalıklar

Üst solunum yolu enfeksiyonları, çoğu kıtada olan depremlerden sonra kısa dönemde oldukça fazla sıklık artışı göstermiştir. Depremzedelerin çoğu; yetersiz havalandırması olan, güvenli olmayan içme suyu kullanılan ve kişisel kötü hijyenli ayrıca aşırı kalabalık geçici sığınaklarda yaşamak durumunda kalıyor. Bu koşullar bulaşıcı solunum yolu hastalıklarına yakalanma olasılığını artırmaktadır .

Deprem öncesi görülen Şigella türleri, Salmonella türleri ile Giardia intestinalis gibi su aracılığıyla bulaşabilen mikroorganizmalar; sıcak yaz mevsim şartları, hasarlı altyapılar ve temiz içme suyuna ulaşmadaki güçlükler sebebiyle oluşabilen ishalli hastalık salgınlarının olası nedenleri olabilirler. Hastanede yatan çocuklar değerlendirildiğinde yıkıcı depremler sırasında oluşan jeolojik süreçler sebebiyle doğal kaynak sularının kirlenmesi sonucunda oldukça patojenik olan *S.enterica* suşunun hastalık etkeni olabildiği vurgulanmaktadır (14).

Kolera, *Vibrio cholerae* bakterisinin oluşturduğu enterotoksinin bağırsağa saldırmasıyla karşılaşılan ishalli bir hastalık olarak tanımlanır. Hastalığın bulaşı kontamine yiyecekler veya su tüketimi yoluyla oluşur. Su genel olarak hasta dışkısı ile kontamine olabilir ve bu durumda gıdayı doğrudan veya dolaylı bir şekilde kontamine edebilecektir. Yiyecekler, yemek hazırlama aşamasında veya tüketildiği zaman kirli eller ile kontamine edilebilir.

Düşük sosyoekonomik koşullar ve yüksek nüfus yoğunluğu virüslerin bulaşmasına katkıda bulunarak birçok gelişmekte olan ülkede önde gelen bir halk sağlığı sorunu olabilmektedir. Hepatit A virüsü ve Hepatit E virüsü prevalans olarak endemik bölgelerle karşılaştırılınca daha düşüktür ancak gelişmiş ülkelerde kaydedilen prevalanstan ise daha yüksektir (14).

2.2.7. Yara ve deri enfeksiyonları

Deprem sonrası travma ile oluşan yaralanmalar, bağışıklık sisteminde dengesizlik oluşturarak enfeksiyon komplikasyonlarına yatkınlığa sebep olmaktadır. Uzun süreler moloz altında kalanlarda, ciddi ezilme yaralanmaları görülebilir ve bu durum ise patojenlere maruz kalma riskinde artışa neden olur.

Yara kültürlerinde sıklıkla görülen Gram-negatif bakteri izolasyonu yüksek olasılıkla yaralanma şekli ile açıklanabilmektedir. Gram-negatif bakteriler doğal olarak toprakta ve suda bulunur ve insanlar yaralanma durumunda bu bakterilere maruz kalırlar. Diğer taraftan bu enfeksiyonların hastane kökenli olabilmesi de muhtemeldir çünkü birçok hasta ilaç direnci oranlarının daha yüksek olduğu hastanelerden gelmektedir.

Enfeksiyonların erken tanılabilmesi, sebep olan mikroorganizmaların erken teşhisi, enfeksiyon hastalığı uzmanlarının yönlendirmeleri ile antimikrobiyal ajanların akılcı kullanımı, bağışıklık sistemini kuvvetlendirmek için hedefe göre tedavi, enfekte doku odaklarının cerrahi debridmanı ciddi enfeksiyonu olan hastalarda prognozu iyileştirmede katkı sağlar.

Tetanoz, *Clostridium tetani* 'nin ekzotoksininin sebep olduğu bulaşıcı bir hastalık olarak tanımlanır. Bu bakteri sporları asıl olarak toprakta, insan dışkı ile paslı nesnelerin yüzeyinde yerleşir. Oldukça etkin bir aşı ile kolayca önlenabilir olmasına rağmen tetanoz dünya yüzeyinde önemli bir hastalık olmaya ve ölüme yol açmaya devam etmektedir. Tetanoz aşısı oranının düşük olduğu ya da hiç uygulanmadığı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen doğal afetler sonrası bildirilen tetanoz ilişkili ölüm oranı yüksektir (14).

2.2.8. Sağlık ile ilgili risk faktörleri ve önleyici tedbirler

Doğal afetlerin sağlık tesislerinde hasar oluşturması afetzedelere ilk yardım ve acil tıbbi bakım yardımını ulaşmasında aksamalara neden olur. Kara yolu ulaşım ağının bazı bölümlerinin hasar görmesi ulaşım hizmetlerinde birçok aksamaya ve temel malzemelerle acil durum hizmetlerine hızlı erişimde zorluklara neden olabilir.

Bir deprem ve etkilerinin sonrasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi amacıyla yaygın olarak kullanılması önerilen önlemlerden biri, hastalığa duyarlı sürveyans sisteminin oluşturulmasıdır. Sürveyans sisteminin asıl amacı, her türlü hastalık vaka sayısına ilişkin bilgi toplanması, derlenme yapılması ve analiz yoluyla afetten önce veya sonra yaşanan bulaşıcı hastalık vakaları ile eğilimlerini başlangıç aşamasında anlık belirlemektir. Bu tür bulaşıcı hastalık durumlarının hızlı tespiti sonucunda hastalık eğilimlerinin izlenmesi ve iyileştirilmesine ayrıca erken uyarıların geçerliliğine, aşı geliştirme konusunda desteklenmesine bunlarla beraber daha etkili önlem stratejilerinin

geliştirilebilmesine ve böylece halk sağığı yöntemlerinin etkin bir şekilde kullanılmasına katkıda bulunmak mümkündür (14).

Su ve kanalizasyon yapılarında bir hasar oluşursa klorlama ve sonrasında dezenfeksiyon yapılmalıdır. Mümkün olduğu kadarıyla ortak tuvaletler yerine bireysel tuvaletler kullanılmalı ayrıca kamp alanlarında seyyar tuvaletler kurulmalıdır. Kişilerin ellerini su ve sabun kullanarak yıkaması sağlanmalıdır (14).

2.2.9. Deprem ve aile hekimliğı

Aile hekimliğı diğer bölümlerden farklı klinik yöntemler ve ortamlara sahiptir. Dünya Aile Hekimleri Örgütü Avrupa kolunun tanımlamasını yaptığı ilke ve yeterlilikler, ülkelerin bazı farklı aile hekimliğı uygulamalarının standardize edilmesine katkı sağlamakta ve kalitenin artırılması açısından kılavuzluk etmektedir.

Aile hekimliğı, sağıık sistemlerinde ilk tıbbi temas noktası olarak konumlandırılmıştır. Yaş, cinsiyet veya kişinin başka herhangi bir özelliğini ayırt etmeksizin tüm sağıık sorunlarıyla ilgilenir. Diğer sağıık kurum ve çalışanlarıyla hizmetin koordinasyonunu sağlayarak, ülkelerin sağıık kaynaklarının etkin bir şekilde kullanımına olanak sağlar. Gerek duyulduğunda hasta için en uygun seçimi yapar ve diğer uzmanlık alanlarına geçiş birimi olarak üstüne düşeni yapar. Ülkemiz sağıık sisteminde henüz sevk zinciri olmaması sebebiyle aile hekimleri tam anlamıyla ilk tıbbi temas noktası olmasa dahi şiddetli depremler ve sonrasında herhangi bir amaçla birinci basamağıı başvuran bütün hastaların semptomlar ile risk faktörleri açısından değerlendirilerek daha erken tanı almalarına olanak sağlayabilirler.

2.3.1. Aile hekimliğı tanımı ve tarihçesi

Bütün uzmanlık dallarındaki gibi aile hekimliğinin ortaya çıkışı da bir gereksinim sonucunda olmuştur. Aile hekimliğı uzmanlığı dalına olan gereksinim ilk defa 1923'te Francis Peabody tarafından "tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliğı" şeklinde dile getirilmiştir. Dillendirilen bu görüşün ilk sonucu 1952 yılında İngiltere'de kurulan Royal College of General Practitioners olmuştur. Bu adımın ardından American Medical Association (Amerikan Tıp Birliğı) tarafından 1966'da Millis ve Willard Raporları yayınlanmıştır. Sonrasında ise Amerika Birleşik Devletleri'nde 1969 yılında

birincil bakım konusunda çalışacak yeni bir uzmanlık dalı olan “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur. Tüm bu gelişmeler sonrasında idari kabul sürecini tamamlamış olan aile hekimliği uzmanlığının bütün dünyada kabul edilmiş olan bir tanımı 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında yapılmış; birinci basamak hekimliğinin, insanın organ veya sistemlerini esas olarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarına göre farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanmıştır. Aile hekimliğinin ilk olarak Leeuwenhorst tarafından yapılan tanımına göre “Genel pratisyen, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunu.” olarak nitelendirilmiştir. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl, ne zaman hastalar ile ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu kabul eden hekimlerdir (14).

1991’de World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) aile hekimliğini “Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.” şeklinde tanımlamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve WONCA, 1978 yılında Alma Ata Konferansı’nda ilan edilen “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefine yönelik olarak, 1994 yılında Ontario Kanada’da “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı” konulu bir ortak konferans düzenlemişler ve her iki birlik temsilcilerinin ortak imzaları neticesinde yayınladıkları konferans dokümanının özet kısmında şu ifadeye yer verilmiştir: “İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık

sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Genel pratisyen ya da aile hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kalitenin, sosyal adaletin, etkinliğin ve düşük maliyetin sağlanmasında merkezi bir role sahip olmalıdır. Bu amaç doğrultusunda WHO ve WONCA tarihi bir iş birliği gerçekleştirmektedir”. Yayınlanan bu dokümanda “Toplumun Gereksinimlerini Gözeterek Bir Sağlık Hizmeti ve Tıp Eğitimi Sistemi Oluşturmak için Öneriler” bölümünde ise aşağıdaki önerilere yer verilmiştir.

Öneri 15: “Aile hekimliği bir disiplin olarak tanımlanmalıdır.”

Öneri 16: “Temel tıp eğitimi, sonraki uzmanlık eğitimi için uygun bir temel sağlamalıdır.”

Öneri 17: “Aile hekimliği disiplini her tıp fakültesinde öğretilmeli ve aile hekimi/dal uzmanı dengesi kurulmalıdır.”

Öneri 18: “Her ülkede aile hekimliği mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi programları oluşturulmalıdır.”

Sonraki dönemlerde farklı kişi ve kurumlar aracılığıyla çeşitli tanımlamalar yapılmaya devam edilmiştir. Bunların bazıları OLESEN ve Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (American Board of Family Practice “ABFP”) tarafından yapılmış tanımlamalardır. OLESEN 2000 yılı tanımında “Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır” şeklinde belirtilmiştir. ABFP aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetini şu şekilde özetlemektedir:

- 1) “Sağlık hizmet sunucularının ilk başvuru noktası, yani giriş kapısıdır. “
- 2) “Kişilere sağlık ve hastalıkta sürekli hizmet sunmaktadır. “
- 3) “Bütün disiplinlerin hizmetini belirli düzeylerde içine alan kapsamlı bir hizmettir.”
- 4) “Bütün sağlık gereksinimlerini koordine eder. “
- 5) “Hasta izlemi, toplum sağlığı sorunları ve bu konuların çözümüyle ilgili sürekli bir sorumluluk taşımaktadır. “
- 6) “Kişiselleştirilmiş bir bakım sağlar.”

20. yüzyılın son çeyreğinde ve özellikle Avrupa kıtasında birçok tanım yapılmıştır. 21. yüzyılın hemen başlarında aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplini için yeni bir tanım yapma gereksinimi Avrupa ölçeğinde bir standardizasyon arayışlarından kaynaklanmıştır.

Aile hekimliğinin sağlık sistemi içindeki temel ve karmaşık olan rolünün, tıp mesleği içinde bulunan ve tıpla iç içe olan diğer meslekler, sağlık hizmeti planlayıcı ögeleri, ekonomistler, politikacılar ve hitap ettiği halk tarafından da tam anlamıyla kavranması yaşamsaldır. Aile hekimliğine verilmiş olan mesleki sorumluluk ve yetkilerinde yaşanan artış, sağlık sistemlerinin potansiyel yararlarını hastalar için kullanabilmelerini gerektirmektedir. Uluslararası kanıtlar çerçevesinde bakıldığında, toplumun içinde uygulamalarda bulunan aynı zamanda iyi eğitilmiş aile hekiminin/genel pratisyenlerin görev yaptığı etkin bir birinci basamak temelinde yapılandırılmış sağlık sistemlerinin, bu tür birinci basamak yönelimi zayıf olan yapılardan hem daha maliyet-etkin hem de klinik olarak daha yararlı sağlık sunumu sağladığı ve aile hekimlerinin tüm diğer branş hekimler içindeki oranı arttıkça yapılan sağlık harcamalarının azaldığı gösterilmiştir (14).

WONCA' nın başlıca görevi, tek tek hastaların ve toplumların çıkarına yüksek standartlarda eğitim, araştırma ve klinik uygulama sağlamak ve sürdürmek üzere disiplini desteklemek ve geliştirmektir. WONCA' nın bölgesel bir kolu olan WONCA Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Topluluğu) insanların 21. yüzyılda sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak için aile hekimliği/genel pratisyenlikle ilgili yeni tanımlamaları ve çekirdek yeterliklerini 2002 yılında bir bildirge ile yayınlamıştır. Yayımlanan bu uzlaşma bildirgesi aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplini ile mesleki görevlerini ayrıca aile hekimlerinin gereksindiği çekirdek yeterlikleri tanımlamıştır.

Aile hekimliği/genel pratisyenlik bir disiplin olmakla birlikte bir uzmanlık olarak tanımlanmalıdır. Bir disiplin olma gerekliliği akademik temeller ve çerçevenin tanımlanması sağlanarak eğitim, araştırma ve kalite geliştirme ile ilgili alanlarının bilgilendirilmesi içindir. Uzmanlık olma gerekliliği, bu akademik olarak yapılmış tanımın bütün Avrupa sağlık sistemlerindeki hastalarla çalışan aile hekimliği uzmanı kavramına dönüştürülmesi içindir.

2.3.2. Genel pratisyenlik/aile hekimliğinin çekirdek yeterlikleri

Çekirdek sözcüğü ile anlatılmak istenen, uygulandıkları sağlık sisteminin nasıl olduğuna bakmaksızın bu disiplin için zorunlu olan anlamını taşımaktadır. Bu temel yetkinlikler, disiplin anlayışı, uzmanlık becerilerinin kullanımı ve birtakım temel niteliklerle bağlantılı bir şekilde özetlenebilir. (Tablo 1 ve tablo 2). Çekirdek yeterlikler, kullanım alanları ve temel özellikler arasındaki ilişkiler disiplini tanımlamakta ve uzmanlık alanının iç içe

yapısını vurgulamakta olup eğitim, araştırma ile birlikte kalite geliştirmeye rehber olmalıdır (14).

Tablo 1. Genel pratisyen/aile hekiminin çekirdek yeterlikleri (14)

Disiplini tanımlayan çekirdek yeterlikler	Çekirdek yeterliklerin uygulama alanları
Birinci basamak yönetimi	Klinik görevler
Kişi merkezli bakım (Yapısal, davranışsal, bilişsel)	Hastalarla iletişim
Spesifik problem çözme yeteneği	Uygulama merkezinin yönetimi
Kapsamlı yaklaşım	
Toplum yönelimli	
Bütüncül model	

Tablo 2. Aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin çekirdek yeterliklerinin açıklamaları (14)

Birinci basamak yönetimi	-Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetebilme becerisi -Hasta ihtiyaç duyduğunda hasta savunuculuğu pozisyonu olarak, birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlar arasında bakımı koordine etme ve bakımın etkili ve uygun sürdürülmesini sağlamak
Kişi merkezli yaklaşım	-Hastalar ve problemlerle ilgilenirken kişi merkezli yaklaşımı benimseme becerisi -Etkili bir doktor-hasta ilişkisini sağlayan birinci basamak değerlendirmesi oluşturmak ve uygulamak -Hastaların gereksinimleriyle belirlenen hizmetin sürekliliğini sağlamak
Spesifik problem çözme becerisi	-Toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansı ile belirlenen spesifik karar verme mekanizmasından yararlanmak -Ayrışmamış ve erken evredeki durumları yönetmek ve gerektiğinde acil müdahalede bulunmak
Kapsamlı yaklaşım	-Kişideki akut ve kronik sağlık problemleriyle eş zamanlı ilgilenmek -Sağlığın sürdürülmesi ve hastalıklardan korunma stratejilerini kullanarak sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesi
Toplum yönelimli	-Birey ve toplumun sağlık gereksinimlerini ulaşılabilir kaynaklarla dengede buluşturmak
Bütüncül model	-Kültürel boyutlarını dikkate alarak, biyopsikososyal model kullanma becerisi.

WONCA 2011 yılı söylemiyle aile hekimliği tanımı ise; ‘‘Kendine özgün bir şekilde eğitim içeriği, araştırması, kanıt temelinde ve klinik temelli uygulaması bulunan akademik, bilimsel bir yönelimde olan disiplin ve birinci basamak klinik bir uzmanlık dalıdır’’ şeklindedir. Bu uzmanlığın tanımına yön veren bazı ilkeler bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; hasta merkezli yaklaşım tarzı, aile ile toplum bağlamına yönelimli, sağlık konusunda süreklilik bulunan, bakımın organizasyonunu sağlama, hastaların erken evrede görülebilmesi, verimlilik, kronik hastalık takibi, sağlık bakımı için sürekli erişim ayrıca kanıta dayalı uygulamalardır (9).

2.3.3. Aile hekimliği hizmetleri temel bileşenler

Ekip ile çalışma: Aile hekimlerinin kayıtlı nüfus olarak tanımlanmış kişilerin sağlık gerekliliklerini en iyi şekilde ve kalite temelinde karşılamaları beraber çalışabilecekleri ayrıca fikir alışverişinde olabilecekleri ekiple uyumlu çalışmaları ile doğru orantılıdır.

Elektronik olarak tıbbi kayıtlar: Sağlık alanındaki hizmetlerin, hastaların bakım kalitesini iyileştirebilmeleri amaçlı izlenebilecek yollardan başka bir tanesi ise hasta kayıtlarının sürekli ayrıca düzenli kayıt edilmesidir. Aile hekimleri de kayıtlı nüfusun temel bilgilerine gerektiğinde ulaşabilmek, kişilerin başvurma sıklıklarını takip edebilmek, toplum için koruyucu hekimlikle ilgili hedeflerine ulaşma başarısını izleyebilmek ve hasta güvenliği gibi sebeplerle elektronik tıbbi kayıt kullanmak durumundadır.

Sevk ve Konsültasyon: Hastane hekimleriyle birinci basamak hekimleri arasında; hastaların tanıları, tedavileri ve bulgularının istişare edilmesi, gerekli sağlık ihtiyaçlarının sağlanabilmesi ve kaliteli sağlık bakımı oluşturulabilmesi için sevk ve konsültasyon çok önemli olgulardan bir tanesidir.

Aile sağlığı biriminin yönetim işleri: İyi bir aile hekimi olunması için klinik becerilere sahip olmakla birlikte yönetsel becerilere de sahip olmak gerekmektedir. Aile hekimliği birimi yönetiminin kötü olması, hasta bakımındaki kalitenin azalmasına ayrıca hasta memnuniyetlerinin düşmesine diğer taraftan çalışanların motivasyonlarının kırılmasına sebep olmaktadır.

Kronik hastalık yönetimi: Ülkelerin birçoğunun hasta yükünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır, bu hastalıklar ise diğer hastalıklara neden olabilir ve ölümlle sonuçlanabilir, bu hastalıkları olan birey sayısının sürekli artması kronik hastalık yönetimine verilmesi gereken önemi daha çok arttırmıştır. Bu nedenle aile hekimlerinden;

kronik hastalığı olan kişilere hastalıklarının yönetim yollarını öğretmeleri ayrıca bu kişilere günlük yaşam aktivitesi planları konusunda yol göstererek yardım sağlamaları beklenmektedir (16).

2.4. Aile hekimliği ve ilaçlar

İlaç sektörü sürekli olarak değişen, gelişen ve dinamik bir sektördür. Teknoloji ve tıbbi yöntemler gelişim göstermekte ayrıca yeni ilaçlar da kullanıma girmektedir. Artan ilaç miktarı ile birlikte kişilerin reçeteli veya reçetesiz ilaçlara ulaşımının kolaylaşması ilaçların etkin bir şekilde nasıl kullanılması gerektiği konusunu ve akılcı ilaç kullanımı (AİK) kavramını gündeme getirmektedir. Akılcı ilaç kullanımı ilk defa DSÖ aracılığıyla 1985 yılında Nairobi’de yapılan bir toplantı esnasında “hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca, kendilerine ve topluma en az maliyet ile kullanmaları” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda bulunan maddelerden bir ya da birkaçının karşılanmaması durumunda akılcı olmayan ilaç kullanımından bahsedilmektedir (15). AİK için uygulanması gereken basamaklar; doğru tanının konulması, prognoz durumunun belirlenmesi, tedavi amaçlarının belirlenmesi, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi, uygun tedavi seçimi, gerekli ise düzenlenecek reçetenin doğru biçimde yazılması ve takiptir. Bu sürecin tamamında ilaç dışı tedavi seçeneklerinin de dikkate alınması, kullanılacak ilaçlar için etkililik, uygunluk, güvenilirlik ile maliyet analizinin yapılması, böylece risklerin en düşük seviyeye indirilmesi, doğru bilgilendirme ve hasta katılımını sağlamak esastır. AİK’te yaygınlaştırmak için yasal önlemler, doğru bilgi erişimi ve eğitim, başta gelen araçlardır. Bu konu ile ilgili dünyada ve Türkiye’de belli bir miktar yol alınsa da ilaçların uygun kullanım sorunlarının devam ettiği değerlendirilmektedir. Akılcı ilaç kullanımı konusunda bilincin aşılması amacıyla örgün ve yaygın eğitim yöntemleri kullanılmaya ve bu yöntemler geliştirilmeye devam edilmelidir. Eğitim ile birlikte, kazanılan tutum ve davranışların korunması ve desteklenmesi amacıyla gerekli idari düzenlemeler için ihtiyaç duyulan adımlar mutlaka atılmalıdır. İlaç politikaları bu yönde şekillendirilmelidir. İlaçlardan istenen ve beklenen faydalara ulaşılması ancak bu sayede mümkün olabilir. Kullanılacak ilaçlar için karar veren hekim, bu ilaçları uygun şartlarda temin eden eczacı, ilacı hastaya uygulayan hemşire ve tedavinin uygulanacağı hasta, AİK’ da sorumlulukları bulunan taraflardır. Mevcut tanıma göre temel ilaçlar ise, “toplumun çoğunluğunun sağlık hizmeti ihtiyacını karşılayan, bu nedenle her an yeterli miktarda ve uygun dozaj formlarında mevcut olması

gereken, toplumun maliyetini karşılayabildiği ilaçlardır”. 1999 yılının sonu itibari ile 156 DSÖ üyesi ülkenin kabul ettiği bir resmi ulusal temel ilaç listesi vardır. Bu listenin gözden geçirilmiş şekli olan on yedinci DSÖ örnek temel ilaç listesi, 2011 yılının Mart ayında yayımlanmıştır. DSÖ, ilaçların akılcı kullanımı amacıyla ulusal ilaç politikası geliştirilmesi gerektiğini ve bu bağlamda geliştirilecek politikanın DSÖ temel ilaçlar politikası ile aynı eksenli olması gerektiğini ifade etmiştir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımı ise, yukarıda verilen tanıma göre değerlendirildiğinde akılcı kullanıma uygun olmayan türde ilaç kullanımını ifade etmektedir. Bu bakış açısı ile değerlendirilecek olursa akılcı olmayan ilaç kullanımına verilebilecek yaygın örnekler; bir hastanın tedavisi için gereğinden fazla sayıda ilaç kullanılması (polifarmasi), hastalara gerekliliği kesin olmayan ilaç reçete edilmesi, uygunsuz antibiyotik kullanımı, oral alım daha iyi bir seçenek olacak iken enjeksiyon tercih edilmesi, klinik kılavuzlara uymayan ilaçların reçete edilmesi, hekimin belirlediği ilaç tedavisine hastaların uymaması ve hastaların kendilerini sıklıkla uygunsuz tedavi etme çabalarıdır. DSÖ değerlendirmelerine göre tüm ilaçların yarısından fazlası temel ilkelere uygun olmayan şekilde reçete edilmekte, dağıtmakta veya satılmaktadır. Diğer taraftan dünya nüfusunun üçte biri de temel ilaçlara erişememektedir. Türkiye’deki durum da bu tahminlere paralel şekildedir. Sağlık Bakanlığı (SB) Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından 2002 yılında yapılmış bir araştırmaya göre reçete edilmiş ilaçların yaklaşık yarısı, tanıya uygunluk yönünden yanlış veya gereksiz reçete edilmiştir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı nedeniyle oluşabilecek sonuçlar ise tedaviden beklenen düzeyde yarar görülmemesi, istenmeyen ilaç etkilerinin artışı, uygunsuz antibiyotik kullanımı sonucu gelişebilecek antibiyotik direnci, ilaçların enjeksiyon yöntemi ile fazla ve steril olmayan şartlarda kullanımına bağlı komplikasyon ve kan yoluyla bulaşan hastalıkların risk artışı, ilaçların aşırı kullanımına bağlı ortaya çıkan uygun olmayan hasta talepleri, ilaç stoklarının azalması ile birlikte ilaca erişim güçlüğü ve hastaların sağlık sistemine olan güveninde azalma, oluşabilen ilaç bağımlılığı ve ilaç maliyetlerinde oluşabilecek artıştır.

AİK’nin yaygınlaştırılabilmesi için DSÖ tarafından bazı önerilerde bulunulmuştur. Bunlar; ilaç kullanım politikalarında yapılması gereken koordinasyon için ulusal multidisipliner bir kurum kurulması, hastanelerde bir ilaç komitesi kurulması, tıp fakültelerinin müfredatında probleme dayalı farmakoterapiye yer verilmesi, sürekli tıp eğitiminin bağlayıcılık sağlanarak uygulanması, idare, denetim ve bir şekilde geribildirim

sisteminin kurulması, ilaçlara dair tarafsız bilgilerin temin edilmesi, halkın ilaçlar konusunda eğitilmesi, uygun olarak değerlendirilmeyen finansal teşviklerin kullanımının önlenmesi, bu konuda uygun ve uygulanabilecek türde yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi, gerekli ilaçların ve personelin sürekli mevcudiyeti için gereken harcamaların hükümetçe yapılmasıdır. Daha önce AİK'ye dair ülkemizdeki mevcut sorunlar ve bu sorunlara yönelik benzer öneriler ulusal bir çalıştay aracılığı ile dile getirilmiştir. Bu noktada yapılacak eğitimlerin, konu ile ilgili doğru tutum ve davranışların gelişmesinde özel bir yere sahip olduğu vurgulanmalıdır. İlaçların hastaya ve topluma ulaştırılmasında görevli öğrenciler de dâhil edilmek üzere tüm sağlık profesyonelleri (hekim, hemşire, eczacı, sağlık teknikeri) ile hastalar ve diğer toplum bileşenlerinin, AİK konusunda bilgi sahibi olması sağlanmalıdır. Bilgilendirmeler ve eğitimler, kişilerin konumuna uygun, yaygın ve devamlılık halinde olmalıdır (17).

Yıllar içinde ülkemizde AİK'i değerlendiren birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalar sonucunda özellikle doktor onayı almadan ilaç kullanımı konusunda ortaya çıkarılan sonuçlar pek yüz güldürücü olmamıştır. Ankara'da 2001 yılında yapılmış bir çalışma doktora danışmadan ilaç kullanım oranını %75,5; Adana'da 2013'de yapılmış bir başka çalışma ise bu oranı %57,2 bulmuştur. Doktorun önerdiğinden önce verilen ilaçları bırakma, ilaçların dozlarını kendi kararıyla değiştirme, reçetesiz ilaç veya ilaçlar kullanma, evde fazladan ilaç bulundurma, diğer ilaçların ve özellikle antibiyotiklerin uygunsuz kullanımı çoğunlukla rastlanan diğer problemlerdendir.

Topluma akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarını kazandırmak için öncelikle akılcı ilaç kullanımına sebep olan faktörlerin doğru tespit edilmesi ilk adımı oluşturur (15). AİK konusunda olabilecek yanlışlıkları düzeltmek ve ilaç kullanımında bilinçli bir toplum elde edebilmek için aile hekimleri hastalarına kullanması gereken ilaçlar ile ilgili uygun bir danışmanlık vermeli, hasta eğitimine gerekli süreyi ayırabilmelidir. Bu bağlamda hekimlerin çabası ile birlikte eğitim kurumlarında verilmesi gereken sağlık bilgisi eğitimlerinin artırılması vasıtasıyla, sosyal medya üzerinden, insanların kalabalık şekilde beklediği duraklardaki panolar, toplu ulaşım araçlarındaki görseller, sokak ilan panolarında akılcı ilaç kullanım ilkeleri anlatılarak toplum farkındalığı artırılabilir.

Diğer taraftan hekimlerin ilaç reçeteleme becerileri de akılcı ilaç kullanımını desteklemek bağlamında önem arz etmektedir (17).

2.5. Birinci basamak ve İlaç reçeteleme becerileri

Birinci basamak sağlık kuruluşları, kolay ulaşılabilmesi ve ilk temas noktası olması nedeniyle temel sağlık hizmetleri için önemli rol oynar. Önceki bölümlerde de bahsedildiği üzere hastaların kişisel özelliklerinden yaş, cinsiyet, belirli hastalık grupları gibi durumlarına özgü sınırlama olmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir ve diğer spesifik olan branşlara kıyasla akut ve kronik birçok endikasyon spektrumunda tanı/tedavi hizmeti sağlar. Bu çerçevedeki özellikleri, birinci basamak kurumlarında yazılan reçetelerin, toplumların genel sağlık göstergeleri konusunda önemli bilgiler sunabileceğini göstermektedir.

İlaç kullanımı ve reçeteleme teknikleri oldukça dinamik bir süreç olmakla birlikte takibi ile kıyaslaması ülkeler ve/veya bölgeler özelinde rutin olarak incelenmesi gerekli sağlık göstergelerindendir. Bu şekilde belirlenen veriler ulusal tanı-tedavi yönetimi ve geri ödeme işlemlerinin rasyonel olarak sürdürülmesinde yol göstericidir. Söz edilen tespitlerin özellikle ülke ya da bölge genelinde sıklıkla karşılaşılan durumlar ile bunların değişim durumunu içermesi gerekmektedir. Farmakoepidemiolojik çalışmalar yönünden eksikliklerin fazlaca olduğu Türkiye gibi ülkelerde ilaç kullanımı ile ilgili genel verilere daha çok ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye’de 2012’de Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi hayata geçirilmiş ve 2013 yılı başında zorunlu elektronik reçete kullanımı uygulamasına geçiş yapmıştır. 2018 yılı verileri ile 82 milyonluk bu büyük nüfusa GSS kapsamında sağlık hizmeti sunulan bir ülke olarak Türkiye’deki elektronik reçete sistemi verilerinin incelenmesi halinde, hem ulusal hem uluslararası platformda sağlık göstergelerinin durumu hakkında daha etkin değerlendirme yapılmasına katkı sağlaması beklenilmektedir.

Dünya genelinde ilaç kullanımına yönelik araştırmalar incelendiğinde, düşük ve orta gelirli ülkelerin çoğunda bu alandaki çalışmaların yetersiz kaldığı görülmektedir. Buna karşılık, özellikle Kuzey Avrupa ülkeleri ve Birleşik Krallık başta olmak üzere birçok gelişmiş ülke, kapsamlı veri tabanlarını kullanarak bu konuda önemli ilerleme kaydetmektedir. Bu ülkelerde yapılan çalışmalar, tanımlayıcı analizlerden başlayıp, genel popülasyonun ilaç kullanımını daha iyi anlamak amacıyla farklı veri kaynaklarını birleştiren gelişmiş araştırmalara doğru hızla değişim göstermektedir. Türkiye’de ise ilaç kullanımının detaylı bir şekilde incelenmesi için kullanılan veri kaynaklarından biri de Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından işletilen Reçete Bilgi Sistemi (RBS)’ dir. RBS başta olmak üzere benzeri sistemlerden elde edilen verilerle yapılacak

alışmalara olan gereksinim sürmektedir. Bu alışma, Türkiye genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde düzenlenen reçetelerde sıkça rastlanan tanı ve ilaçların ayrıntılı bir analizini yapmayı ve bunların yıllar içindeki değişimini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Akılı reçete yazılabilmesi için aşağıda belirtilenlerin yapılmaya çalışılması gerekmektedir:

- > En st noktada klinik etkinliği amaçlamak
- > Yan etkiyi en aza indirmek
- > Sağlık kaynaklarının israf edilmesinden kaçınmak
- > Hasta tercihlerine saygı göstermek

Akılı reçete yazma tanı sonrasında mantıksal bir sırayı takip eder. Reçete yazma birincil tanıya ve ilgili ikincil tanılara dayanır. Bunlar ideal olarak tedaviden sorumlu olan doktor tarafından yapılmalıdır. Tedavinin yarar zarar dengesini değerlendirmek önemlidir.

Örneğin antibiyotikler antibakteriyel duyarlılık olasılığıyla reçete edilen ilaçlardır. Fakat daha sonra yapılan antibiyotik duyarlılığı sonuçları reçetelenen ilacın kullanan kişiye iyileşme olasılığı olmaksızın zarara maruz bırakabileceğini gösterebilir. İlaç reçeteleme, klinik kanıtlar ışığında hasta faktörleri değerlendirilerek yorumlanması gereken karmaşık bir süreçtir. Akıllı reçete yazmanın ana bileşenleri; tanı koymak, hastalığın gelişimini tahmin etmek, tedavi hedeflerini belirlemek, en uygun olanı tercih etmek, tedavi ve bu tedavinin etki ile yan etkilerinin izlenmesidir. Hastalar bu süreçlerin bir kısmına dâhil olmalıdır.

Farmakogenetik, ilaç metabolizması, ilaç etkinliği ve ilaçların güvenliğini etkileyen bireysel olarak genetik değişkenlikleri göz önünde bulundurarak tedavilerin kişişelleştirilmesi konusunda önemli bir rol oynayacaktır. Ancak, hastanın genel durumu, hasta yaşı, beraberindeki hastalıkları gibi faktörlere bağlı olarak doğru ilacı seçmek için henüz gerekli olan klinik farmakolojinin temel bilgisinin yerini alamayacaktır.

Tanı koymak için mevcut semptomlar, geçmişteki tıbbi öykü, ilaç geçmişi ve muayene bulguları kullanılır. Tedavi seçenekleri belirlemek için beklentiler, öngörüler, tedavi hedefleri ve hastanın beklentileri göz önüne alınmalıdır. Reçete belirlenmesinde ilaç ile ilgili olarak farmakokinetik, farmakodinamik, maliyet etkin prosedürler göz önünde bulundurulur. Hasta ile ilgili özelliklerden ise yaş, cinsiyet, ek hastalıkları, ilaç etkileşimleri, genetik faktörler reetelemede önemli faktörler olarak kullanılır. Tedavinin

etkilerinin yakından izlenmesi önemlidir, fayda-zarar dengesinin tekrar değerlendirilmesi ve eğer yan etki görülürse ilacı kesmek veya dozu değiştirmek gerekli olabilir (18).

2.6. Hekimlerin ilaç reçeteleme davranışlarını etkileyen faktörler

Reçete yazanların kararlarını etkileyebilecek faktörler şu şekilde sıralanabilirler:

- Hasta etkisi (yaş, ırk, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar ve tedavi geçmişi gibi)
- Hekimlerin deneyimi
- Ürünlerin etkisi (güvenlik, etkinlik, yan etki, maliyet)
- İlaç stratejilerinin pazarlama faaliyeti (numuneler, detaylar, reklam)
- Ödeyenlerin etkisi (sigorta, yönetilen bakım, ...)
- Çevresel faktörler (eczacılar ve iş arkadaşlarıyla ilişkiler, seminerler ve kongreler, ilaca erişim, iş yeri, ...) (19).

2.6.1. Hasta etkisi (Yaş, ırk, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar ve tedavi geçmişi gibi):

- Hekimlerin reçeteleme kararları, hastaların demografik özellikleri olan yaş, ırk ve cinsiyet gibi faktörlerden önemli ölçüde etkilenmektedir. Farklı yaş gruplarında ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri değişiklik gösterebilir (20). Benzer şekilde, genetik farklılıklar nedeniyle ırksal ve cinsiyete özgü ilaç metabolizması ve yanıt farklılıkları gözlemlenebilmektedir (21).
- Hastanın mevcut sağlık durumları ve eşlik eden diğer hastalıklar, reçete seçiminde kritik bir rol oynar. Birden fazla hastalığı olan bireylerde ilaç etkileşimleri riski artabileceği için, hekimler tedavi planlarını bu etkileşimleri en aza indirecek şekilde düzenlemelidir (22).
- Hastanın daha önceki tedavi geçmişi ve özellikle ilaçlara karşı gösterdiği advers reaksiyonlar veya alerjiler, yeni reçetelerin belirlenmesinde kesinlikle dikkate alınması gereken bir bilgidir. Ayrıca, hastanın tedaviye uyumu, yaşam tarzı ve kişisel tercihleri de hekimlerin ilaç seçimini etkileyen önemli unsurlardır (23).

2.6.2. Hekimlerin deneyimi:

- Hekimlerin klinik uygulamadaki tecrübeleri ve uzmanlık alanları, reçete yazma alışkanlıklarını önemli ölçüde şekillendirir. Yıllar içinde kazanılan deneyimler, hekimlerin belirli durumlar için hangi ilaçların daha etkili ve güvenli olduğuna dair kişisel bir bilgi birikimi oluşturmaya katkıda bulunur (24).
- Hekimlerin sürekli tıbbi eğitim yoluyla edindikleri güncel bilgiler ve klinik uygulama kılavuzlarına olan hakimiyetleri, kanıta dayalı tıp prensiplerine uygun reçeteleme yapmalarını destekler. Ancak, bireysel hekimlerin bu kılavuzları uygulama biçimleri ve hızları farklılık gösterebilir (25).

2.6.3. Ürünlerin etkisi (Güvenlik, etkinlik, yan etki, maliyet):

- Bir ilacın reçetelendirilmesinde en temel faktörlerden biri, klinik çalışmalarla kanıtlanmış olan güvenlik ve etkinlik profilidir. Hekimler, hastaları için en uygun tedaviyi seçerken, ilacın beklenen faydalarını potansiyel riskleriyle dikkatlice karşılaştırırlar (26).
- İlaçların bilinen yan etkileri ve kontrendikasyonları (hangi durumlarda kullanılmaması gerektiği), reçeteleme sürecinde hayati bir rol oynar. Hekimler, hastanın mevcut sağlık durumunu ve diğer kullandığı ilaçları göz önünde bulundurarak yan etki riskini en aza indirecek ilaçları tercih etmeye çalışırlar.
- İlacın tedavi maliyeti, hem hastanın ekonomik durumu hem de sağlık sisteminin genel harcamaları açısından önemli bir faktördür. Özellikle geri ödeme sistemlerinin ve hastaların ilaçlara erişiminin farklılık gösterdiği bağlamlarda, maliyet etkinliği de hekimlerin karar verme süreçlerinde giderek daha fazla dikkate alınmaktadır (27).

2.6.4. İlaç stratejilerinin pazarlama faaliyeti (Numuneler, detaylar, reklam):

- İlaç firmalarının hekimlere yönelik yürüttüğü pazarlama faaliyetleri, reçeteleme alışkanlıklarını etkileyebilen önemli bir faktördür. İlaç numunelerinin sunulması, ilaç temsilcileri tarafından yapılan detaylı ürün tanıtımları ve çeşitli reklam kampanyaları, hekimlerin ilaçlar hakkındaki bilgi düzeylerini ve tercihlerini şekillendirebilir (28).

- Araştırmalar, ilaç firmalarıyla olan etkileşimlerin (örneğin, hediye kabul etme, sponsorlu etkinliklere katılma) hekimlerin belirli ilaçları reçeteleme olasılığını artırabileceğini göstermektedir. Bu durum, reçeteleme kararlarının hasta ihtiyaçlarından ziyade ticari çıkarlardan etkilenebileceğini endişelerini beraberinde getirmektedir (29).

2.6.5. Ödeyenlerin etkisi (sigorta, yönetilen bakım, ...):

- Sağlık sigortası şirketlerinin ilaç geri ödeme politikaları ve uyguladıkları ilaç listeleri, hekimlerin reçeteleme seçeneklerini önemli ölçüde kısıtlayabilir veya yönlendirebilir. Sigorta kapsamı dışındaki veya daha yüksek maliyetli ilaçların reçetelenmesi, hastalar için ek mali yük getirebileceğinden hekimler bu durumu dikkate almak zorunda kalabilirler (30).
- Yönetilen bakım kuruluşları gibi sağlık hizmeti sağlayıcılarının maliyet kontrolü amacıyla uyguladıkları reçeteleme kısıtlamaları veya teşvikleri, hekimlerin belirli ilaçları tercih etmelerine veya belirli tedavi protokollerini izlemelerine neden olabilir. Bu tür mekanizmalar, hekimlerin klinik özerkliğini etkileyebilir (31).

2.6.6. Çevresel faktörler (Eczacılar ve iş arkadaşlarıyla ilişkiler, seminerler ve kongreler, ilaca erişim, iş yeri):

- Hekimlerin eczacılar ve diğer sağlık profesyonelleriyle olan mesleki ilişkileri, ilaçlar hakkındaki bilgi alışverişi ve tedaviye yönelik ortak yaklaşımların geliştirilmesi yoluyla reçeteleme kararlarını etkileyebilir.
- Tıbbi seminerler, kongreler ve sürekli tıp eğitimi etkinlikleri, hekimlerin yeni tedavi yöntemleri, ilaçlar ve klinik araştırma sonuçları hakkında bilgi edinmelerini sağlar ve bu da reçeteleme tercihlerini etkileyebilir. Ancak, bu etkinliklerin sponsorları ve sunulan bilgilerin potansiyel ticari etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır.
- Hastaların ilaçlara erişim kolaylığı veya kısıtlılığı, hekimlerin reçeteleme seçeneklerini doğrudan etkileyebilir. Özellikle kırsal veya sosyoekonomik olarak dezavantajlı bölgelerde, belirli ilaçların bulunabilirliği tedavi seçeneklerini sınırlandırabilir.

- Hekimin çalıştığı sağlık kuruluşunun (hastane, klinik vb.) ilaç politikaları, tedavi protokolleri ve ilaç kullanım kılavuzları, hekimlerin reçeteleme davranışlarını standardize etmeye veya belirli ilaçları tercih etmeye yönelik kurumsal bir çerçeve oluşturabilir (32).

Bu çalışmanın yapılma nedenlerinden biri, deprem gibi afet durumlarında hangi ilaçlara ihtiyaç duyulabileceğini, ne tür semptom ve hastalıkların artış göstereceğini anlamak; ayrıca aile hekimlerinin bu şartlar altında ilaç reçeteleme ve kullanma alışkanlıklarını tespit ederek benzer durumlara daha hazırlıklı olmayı sağlamaktır. Diğer neden ise, bozulan şartlarda birinci basamak sağlık hizmetinin ne kadar sürdürülebildiğini, binaların kullanılabilirlik oranlarını ve aile hekimlerinin böyle bir deprem felaketinden ne kadar etkilendiğini ortaya koymaktır. Son olarak deprem durumunda alınabilecek önlemleri tespit ederek, bu gibi durumlara hazırlıklı olunmasına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Çalışmamız tanımlayıcı gözlemsel bir araştırmadır. Çalışma 18.11.2024- 29.03.2025 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini depremlerden en çok etkilenen on ilde (Malatya, Kahramanmaraş, Hatay, Gaziantep, Şanlıurfa, Osmaniye, Adana, Diyarbakır, Adıyaman, Kilis) Aile Hekimi olarak çalışan doktorlar oluşturmaktadır.

Ülkemizin bir deprem ülkesi olması sebebiyle daha sonra yaşanabilecek benzer durumlara hazırlık yapılabilmesi için ilaçlar konusunda yaşanan tecrübelerin ve olası kullanım değişimlerinin öngörülebilmesini, karşılaşılabilecek belirti veya hastalık artışlarına uyumu kolaylaştırmak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri:

- Ankete gönüllü olarak katılmak isteyenler
- Kahramanmaraş merkezli depremlerden en çok etkilenen on ilde Aile Hekimi olarak çalışıyor olmak

Çalışmadan dışlama kriterleri:

- Ankete katılmak istemeyenler
- Kahramanmaraş merkezli depremlerden en çok etkilenen on ilde çalışıyor olmamak
- Aile Hekimi olmama

3.2. Etik Kurul Onayı

Bu araştırmanın etik kurul onayı Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 18.11.2024 tarihinde 2024/30 oturumunda 05 numaralı karar ile alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kahramanmaraş merkezli depremde en fazla etkilenen 10 ilde Aile Hekimi olarak çalışan doktorlar çalışmamızın evrenini oluşturmaktadır. Bu iller Malatya, Kahramanmaraş, Hatay, Gaziantep, Şanlıurfa, Adıyaman, Osmaniye, Adana, Diyarbakır, Kilis olarak belirlenmiştir. Çalışmanın evreni 4000 Aile Hekimi (TÜİK 2023) olarak belirlenmiştir. Örneklem sayısı jotform programı ile % 95 güven aralığı % 5 hata payı ile 350 katılımcı olarak hesaplanmıştır. Veri kayıpları göz önüne alınarak 370 katılımcı hedeflenmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Online web ortamında araştırmacılar tarafından Google formlar ile hazırlanan 30 sorudan oluşan sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, çocuk sayısı vb) ile ilaç kullanımlarında ve reçeteleme alışkanlıklarındaki değişimleri sorgulayan (Depremden sonra dermatolojik ilaç reçeteleme durumunuzda değişim oldu mu? Depremden sonra antibiyotik kullanımınızda değişim oldu mu? vb) elektronik anket 18.11.2024- 29.03.2025 tarihleri arasında online ortamda ve Aile Hekimleri gruplarında paylaşılıp gönüllü olanların anketi doldurmaları istenmiştir. Elde edilen veriler online web ortamında toplanmıştır.

3.5. İstatistiksel Analiz

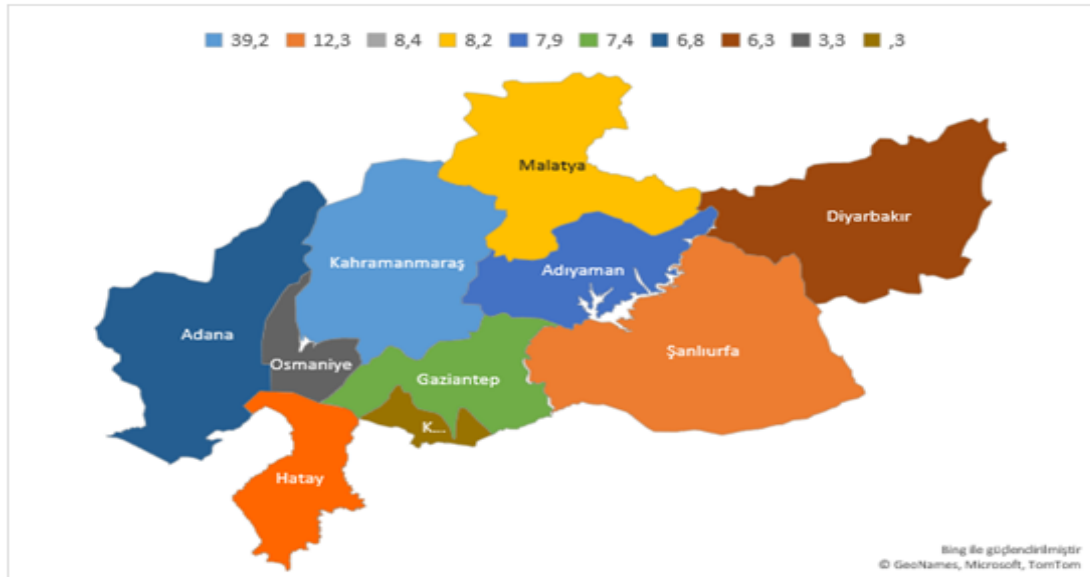
Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde sayı (n), yüzde (%) değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U-testi, ikiden fazla değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 367 katılımcı dâhil edilmiş olup %39,2'si Kahramanmaraş'tan, %12,3'ü Şanlıurfa'dan, %8,4'ü Hatay'dan, %8,2'si Malatya'dan, %7,9'u Adıyaman'dan, %7,4'ü Gaziantep'ten, %6,8'i Adana'dan, %6,3'ü Diyarbakır'dan, %3,3'ü Osmaniye'den ve %0,3'ü Kilis'ten katılmıştır (Tablo 1, Şekil 1).

Tablo 1. Çalışmaya alınan katılımcıların illeri

	n	%
Kahramanmaraş	144	39,2
Şanlıurfa	45	12,3
Hatay	31	8,4
Malatya	30	8,2
Adıyaman	29	7,9
Gaziantep	27	7,4
Adana	25	6,8
Diyarbakır	23	6,3
Osmaniye	12	3,3
Kilis	1	0,3



Şekil 1. Çalışmaya alınan katılımcıların illeri

Katılımcıların %65,1'i erkek, %34,9'u kadındır. Katılımcıların %86,4'ü evli ve %13,6'sı bekârdır. Çocuk sahibi olanların oranı %83,1 iken, çocuk sahibi olmayanların oranı %16,9'dur. Çocuk sahibi olanların %27,2'sinin bir çocuğu, %48,9'unun iki çocuğu ve %23,9'unun üç veya daha fazla çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların %56,1'i aile hekimi (pratisyen), %32,2'si sözleşmeli aile hekimliği asistanı (SAHU), %6,8'i tam zamanlı aile hekimliği asistanı ve %4,9'u aile hekimliği uzmanı (AHU) unvanına sahiptir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Ort±SS	
Yaş		41,71±9,24	
Çalışma süresi (Yıl)		16,24±9,13	
		n	%
Cinsiyet	Erkek	239	65,1
	Kadın	128	34,9
Medeni durum	Evli	317	86,4
	Bekar	50	13,6
Çocuk varlığı	Var	305	83,1
	Yok	62	16,9
Çocuk sayısı	1	83	27,2
	2	149	48,9
	≥3	73	23,9
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	206	56,1
	SAHU	118	32,2
	Aile hekimliği asistanı	25	6,8
	AHU	18	4,9

Katılımcıların %28,9'unda kronik hastalık bulunurken, %71,1'inde kronik hastalık bulunmamaktadır. Kronik hastalığı olan katılımcıların %42,5'inde hipertansiyon (HT), %24,5'inde diyabetes mellitus (DM), %19,8'inde hiperlipidemi (HL), %16,0'ında tiroid bozukluğu, %13,2'sinde astım veya KOAH, %11,3'ünde koroner arter hastalığı (KAH), %4,7'sinde psikiyatrik hastalık, %2,8'inde barsak hastalığı ve %2,8'inde karaciğer (KC) hastalığı bulunmaktadır. Ayrıca kronik hastalığı olanların %12,3'ü diğer hastalık gruplarına girmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık durumu

		n	%
Kronik hastalık varlığı	Evet	106	28,9
	Hayır	261	71,1
Kronik hastalık türü*	HT	45	42,5
	DM	26	24,5
	HL	21	19,8
	Tiroid bozukluğu	17	16,0
	Astım/KOAH	14	13,2
	KAH	12	11,3
	Psikiyatrik hastalık	5	4,7
	Barsak hastalığı	3	2,8
	KC hastalığı	3	2,8
	Diğer	13	12,3

*Birden fazla kronik hastalığı olan katılımcı vardır.

Katılımcıların %29,4'ü düzenli ilaç kullanırken, %70,6'sı düzenli ilaç kullanmamaktadır. Düzenli ilaç kullananların %50,9'u antihipertansif, %20,4'ü oral antidiyabetik (OAD), %14,8'i tiroid ilacı, %8,3'ü psikiyatri ilacı ve %8,3'ü astım/KOAH ilacı kullanmaktadır. Ayrıca, düzenli ilaç kullananların %4,6'sı hiperlipidemi ilacı, %3,7'si proton pompa inhibitörü (PPI) ve %10,2'si diğer ilaçları kullanmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların ilaç kullanma durumu

		n	%
Düzenli ilaç kullanımı	Var	108	29,4
	Yok	259	70,6
İlaç türü*	Antihipertansif	55	50,9
	OAD	22	20,4
	Tiroid ilacı	16	14,8
	Psikiyatri ilacı	9	8,3
	Astım/KOAH ilaçları	9	8,3
	Hiperlipidemi ilaçları	5	4,6
	PPI	4	3,7
	Diğer	11	10,2

*Birden fazla ilaç kullanan katılımcı vardır.

Deprem anında katılımcıların %48,5'i evde, %22,6'sı iş yerinde, %21,0'ı açık alanda, %4,4'ü kapalı alanda bulunurken, %3,5'i depremden etkilenen ilde olmadığını belirtmiştir. Evin hasar durumuna bakıldığında katılımcıların %26,2'si evinin hasarsız olduğunu, %58,0'ı az hasarlı, %7,4'ü orta hasarlı, %6,5'i ağır hasarlı ve %1,9'u yıkık olduğunu bildirmiştir. Şu an ikamet edilen yer açısından bakıldığında, katılımcıların %97,5'i evde, %1,9'u konteynerde ve %0,5'i depremden etkilenmeyen bir ilde yaşamaktadır.

Deprem sonrası öncelikle çalışılan birime bakıldığında katılımcıların %63,8'i kendi aile hekimliği biriminde, %7,9'u çadır kent alanında, %7,4'ü devlet hastanesinde, %6,5'i üniversite hastanesinde, %4,9'u başka bir aile hekimliği biriminde, %3,8'i İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde ve konteynerde, %1,4'ü konteyner kent alanında ve %0,5'i İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların deprem ile ilgili özellikleri

		Ort±SS	
Depremden sonra çalışmaya başlama süresi (gün)		11,71±21,22	
		n	%
Öğle saatinde yaşanan deprem anında bulunulan yer	Evde	178	48,5
	İş yerinde	83	22,6
	Açık alanda	77	21,0
	Kapalı alanda	16	4,4
	Depremden etkilenen ilde değildim	13	3,5
Evin hasar durumu	Hasarsız	96	26,2
	Az hasarlı	213	58,0
	Orta hasarlı	27	7,4
	Ağır hasarlı	24	6,5
	Yıkık	7	1,9
Şu an ikamet edilen yer	Ev	358	97,5
	Konteyner	7	1,9
	Depremden etkilenmeyen bir ilde	2	0,5
Depremden sonra öncelikle çalışılan birim	Kendi aile hekimliği birimi	234	63,8
	Çadır kent alanı	29	7,9
	Devlet hastanesi	27	7,4
	Üniversite hastanesi	24	6,5
	Başka aile hekimliği birimi	18	4,9
	İlçe sağlık Müdürlüğü	14	3,8
	İl sağlık Müdürlüğü	2	0,5
	Konteyner	14	3,8
	Konteyner kent alanı	5	1,4

Katılımcıların %91,6'sı deprem sonrasında başvuranların semptomlarında artış tespit ettiğini belirtirken, %8,4'ü semptomlarda artış olmadığını belirtmiştir. Deprem sonrasında başvuranlarda semptom artışı tespit eden Aile Hekimlerinin %58,9'u kaşıntı, %58,3'ü eklem, omurga, diz veya bel ağrısı, %54,5'i halsizlik ve %49,7'si öksürük semptomlarında artış belirlemiştir. Ayrıca %44,9'unda baş dönmesi, %42,0'ında nefes darlığı, %34,5'inde döküntü, %22,0'ında göğüs ağrısı ve ishal, %15,8'inde bulantı veya kusma, %12,2'sinde kırmızı göz ve %0,6'sında stres semptomlarında artış tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların deprem sonrasında semptomlarda artış tespit etme durumları

		n	%
Deprem sonrası semptom artışı tespit etme durumu	Var	336	91,6
	Yok	31	8,4
Artış tespit edilen semptom türü*	Kaşıntı	198	58,9
	Ağrı (Eklem, omurga, diz, bel)	196	58,3
	Halsizlik	183	54,5
	Öksürük	167	49,7
	Baş dönmesi	151	44,9
	Nefes darlığı	141	42,0
	Döküntü	116	34,5
	Göğüs ağrısı	74	22,0
	İshal	74	22,0
	Bulantı/kusma	53	15,8
	Kırmızı göz	41	12,2
	Stres	2	0,6

*Birden fazla semptom vardır.

Katılımcıların %94,0'ı deprem sonrasında hastalıklarda artış tespit ettiğini belirtirken, %6,0'ı herhangi bir hastalık artışı tespit etmediğini ifade etmiştir. Deprem sonrasında hastalık artışı tespit edenlerin %79,7'si uyuz, %72,8'i psikiyatrik hastalık, %52,5'i üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), %46,7'si eklem, omurga, diz veya bel ağrısı ve %40,9'u alerjik rinit tanısı koymuştur. Ayrıca katılımcılar vertigo (%38,6), pnömoni (%21,7), konjonktivit (%19,1), gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) (%15,9), hipertansiyon (HT) (%11,6), kalp hastalığı (%10,7) ve diyabetes mellitus (DM) (%2,3) hastalıklarında da artış olduğunu bildirmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların deprem sonrasında hastalıklarda artış tespit etme durumları

		n	%
Deprem sonrası hastalık artışı tespit etme durumu	Var	345	94,0
	Yok	22	6,0
Artış tespit edilen hastalık türü*	Uyuz	275	79,7
	Psikiyatrik hastalık	251	72,8
	ÜSYE	181	52,5
	Ağrı (Eklem, omurga, diz, bel)	161	46,7
	Alerjik rinit	141	40,9
	Vertigo	133	38,6
	Pnömoni	75	21,7
	Konjunktivit	66	19,1
	GÖRH	55	15,9
	HT	40	11,6
	Kalp hastalığı	37	10,7
	DM	8	2,3

*Birden fazla hastalık vardır.

Katılımcıların %26,7'sinde kronik hastalık ilaçlarını reçete etme sıklığı artarken, %1,6'sında azalmış ve %71,7'sinde değişmemiştir. Non-Steroid Anti İnflamatuvar İlaç (NSAI) reçetelemesi ise %58,6 artış gösterirken, %1,9 oranında azalmış ve %39,5 oranında ise değişiklik olmamıştır. Psikiyatrik ilaçların reçete edilme sıklığı %73,6 oranında artarken, %0,5 oranında azalmış ve %25,9 oranında değişiklik olmamıştır.

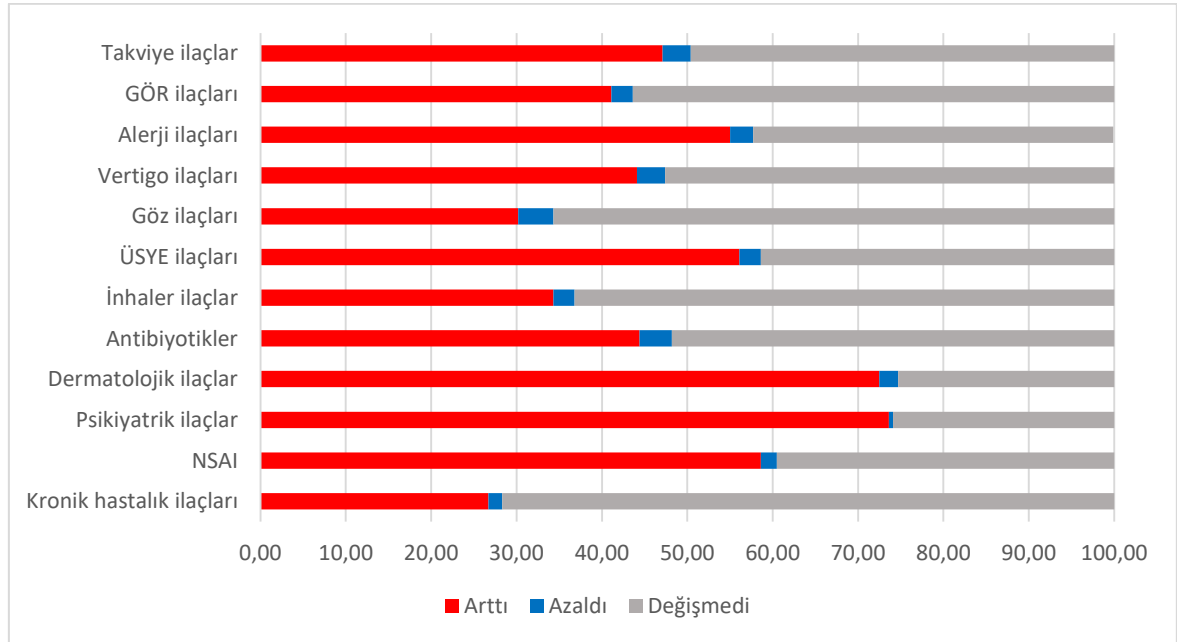
Dermatolojik ilaçların reçetelemesinde %72,5'lik artış, %2,2'lik azalma gözlenirken %25,3 oranında değişkenlik yoktur. Antibiyotiklerin reçetelemesinde %44,4'lük artış, %3,8'lik azalma ve %51,8 oranında değişkenlik yoktur. İnhaler ilaçların reçete edilme sıklığı %34,3 oranında artarken, %2,5 oranında azalmış ve %63,2'sinde değişiklik olmamıştır. ÜSYE ilaçlarının reçetelemesinde %56,1'lik artış, %2,5'lik azalma olmuş ve %41,4 oranında değişiklik gözlenmemiştir.

Göz ilaçlarının reçetelemesinde %30,2'lik artış, %4,1'lik azalma olmakla birlikte %65,7 oranında değişkenlik yoktur. Vertigo ilaçlarının reçetelemesinde %44,1'lik artış, %3,3'lük azalma olmuş ancak %52,6 oranında değişkenlik olmamıştır. Alerji ilaçlarının reçetelemesinde %55,0'lik artış, %2,7'lik azalma gözlenmesine rağmen %42,2 oranında değişkenlik yoktur. GÖRH ilaçlarının reçetelemesinde %41,1'lik artış, %2,5'lik azalma

olup %56,4 oranında değişkenlik yoktur. Takviye ilaçlarının reçetelemesinde (vitamin vb.) ise %47,1'lik artış, %3,3'lük azalma olmuş, %49,6 oranında değişiklik gözlenmemiştir (Tablo 8, Şekil 2).

Tablo 8. Katılımcıların deprem sonrasında ilaç reçete etme durumundaki değişim

	Arttı		Azaldı		Değişmedi	
	n	%	n	%	n	%
Kronik hastalık ilaçları	98	26,7	6	1,6	263	71,7
NSAI	215	58,6	7	1,9	145	39,5
Psikiyatrik ilaçlar	270	73,6	2	,5	95	25,9
Dermatolojik ilaçlar	266	72,5	8	2,2	93	25,3
Antibiyotikler	163	44,4	14	3,8	190	51,8
İnhaler ilaçlar	126	34,3	9	2,5	232	63,2
ÜSYE ilaçları	206	56,1	9	2,5	152	41,4
Göz ilaçları	111	30,2	15	4,1	241	65,7
Vertigo ilaçları	162	44,1	12	3,3	193	52,6
Alerji ilaçları	202	55,0	10	2,7	155	42,2
GÖR ilaçları	151	41,1	9	2,5	207	56,4
Takviye ilaçlar (vitamin vb.)	173	47,1	12	3,3	182	49,6



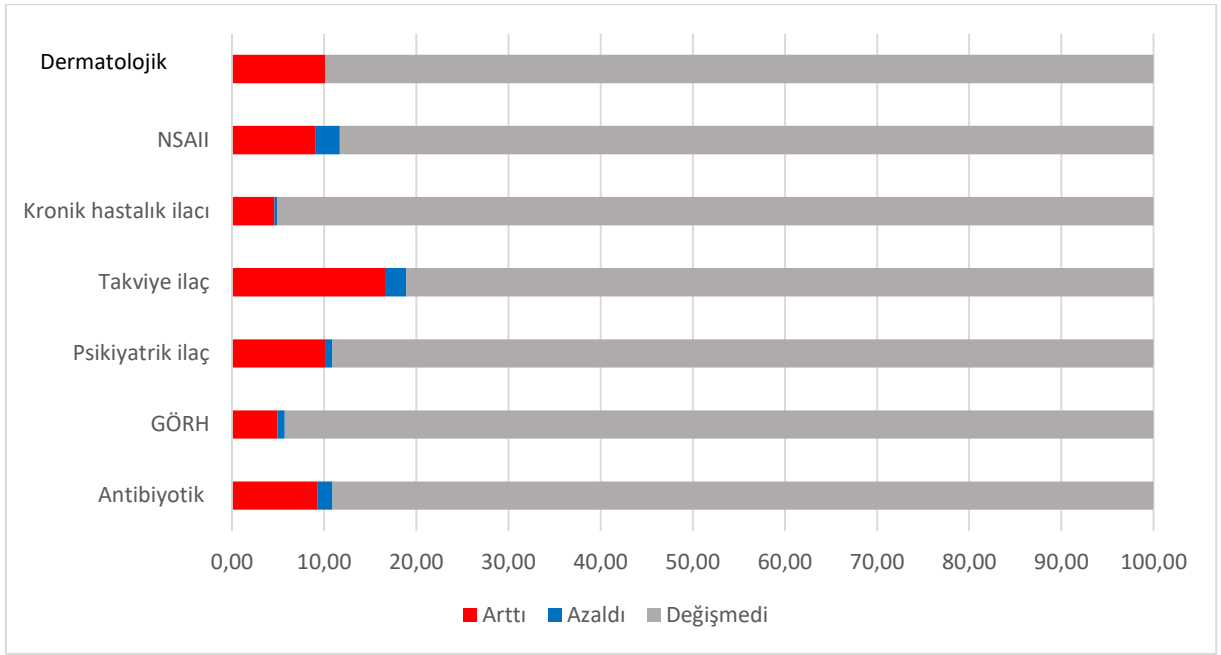
Şekil 2. Katılımcıların deprem sonrasında ilaç reçete etme durumundaki değişim

Katılımcıların deprem sonrasında kendi ilaç kullanma durumundaki değişimlerine bakıldığında, antibiyotik kullanımı %9,3 oranında artarken, %1,6 oranında azalmış ve %89,1 oranında değişmemiştir. GÖRH ilaçlarında %4,9 artış, %0,8 azalma ve %94,3 değişmeme oranı gözlenmiştir. Psikiyatrik ilaç kullanımı %10,1 oranında artarken, %0,8 oranında azalmış ve %89,1 oranında değişmemiştir.

Takviye ilaç kullanımı %16,7 oranında artarken, %2,2 oranında azalmış ve %81,1 oranında değişmemiştir. Kronik hastalık ilaçları %4,6 oranında artarken, %0,3 oranında azalmış ve %95,1 oranında değişmemiştir. NSAİ kullanımında %9,0 artış, %2,7 azalma olurken %88,3 değişmemiştir. Dermatolojik ilaçlarda ise %10,1 artış olurken, azalma olmamış ve %89,9 oranında değişmemiştir (Tablo 9, Şekil 3).

Tablo 9. Katılımcıların deprem sonrasında kendi ilaç kullanma durumundaki değişim

	Arttı		Azaldı		Değişmedi	
	n	%	n	%	n	%
Antibiyotik	34	9,3	6	1,6	327	89,1
GÖRH	18	4,9	3	0,8	346	94,3
Psikiyatrik ilaç	37	10,1	3	0,8	327	89,1
Takviye ilaç	61	16,7	8	2,2	297	81,1
Kronik hastalık ilacı	17	4,6	1	,3	349	95,1
NSAİ	33	9,0	10	2,7	324	88,3
Dermatolojik ilaçlar	37	10,1	0	0	330	89,9



Şekil 3. Katılımcıların deprem sonrasında kendi ilaç kullanma durumundaki değişim

Deprem anında evde olanların %93,3'ü, iş yerinde olanların %84,3'ü ve diğer yerlerde bulunanların ise %94,3'ü deprem sonrası semptom artışı tespit etmiş olup aralarında anlamlı farklılık görülmüştür (**p=0,026**). Evin hasar durumu Hasarsız/az hasarlı olanların %90'ı Orta/ağır hasarlı/yıkık olanların ise %100'ü deprem sonrası semptom artışı tespit etmiş olup aralarında anlamlı farklılık vardır (**p=0,008**). Deprem sonrası Aile Sağlığı Merkezinde (ASM)'de çalışanların %89,3'ü diğer yerlerde çalışanların ise %96,5'i deprem sonrası semptom artışı tespit etmiş olup anlamlı farklılık bulunmuştur (**p=0,021**)(Tablo 10).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, şu anda evde kalma durumu, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı arasında Deprem sonrası semptom artışı tespit etme durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 10).

Tablo 10. Sosyodemografik özelliklere göre deprem sonrası semptom artışı tespit etme durumunun karşılaştırılması

		Deprem sonrası semptom artışı tespit etme durumu				p*
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	215	90,0	24	10,0	0,133
	Kadın	121	94,5	7	5,5	
Medeni durum	Evli	291	91,8	26	8,2	0,593
	Bekar	45	90,0	5	10,0	
Çocuk varlığı	Var	277	90,8	28	9,2	0,262
	Yok	59	95,2	3	4,8	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	184	89,3	22	10,7	0,257
	SAHU	112	94,9	6	5,1	
	Aile hekimliği asistanı	24	96,0	1	4,0	
	AHU	16	88,9	2	11,1	
Depremde bulunulan yer	Evde	166	93,3	12	6,7	0,026
	İşyerinde	70	84,3	13	15,7	
	Diğer	100	94,3	6	5,7	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	278	90,0	31	10,0	0,008
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	58	100,0	0	,0	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	328	91,6	30	8,4	0,552
	Hayır	8	88,9	1	11,1	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	225	89,3	27	10,7	0,021
	Diğer	111	96,5	4	3,5	
Kronik hastalık	Var	98	92,5	8	7,5	0,693
	Yok	238	91,2	23	8,8	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	99	91,7	9	8,3	0,960
	Yok	237	91,5	22	8,5	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Evin hasar durumu Hasarsız/az hasarlı olanların %92,9'u Orta/ağır hasarlı/yıkık olanların ise %100'ü deprem sonrası hastalık artışı tespit etmiş olup aralarında anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,033$)(Tablo 11).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı arasında Deprem sonrası hastalık artışı tespit etme durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 11).

Tablo 11. Sosyodemografik özelliklere göre deprem sonrası hastalık artışı tespit etme durumunun karşılaştırılması

		Deprem sonrası hastalık artışı tespit etme durumu				p*
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	221	92,5	18	7,5	0,090
	Kadın	124	96,9	4	3,1	
Medeni durum	Evli	298	94,0	19	6,0	0,999
	Bekâr	47	94,0	3	6,0	
Çocuk varlığı	Var	286	93,8	19	6,2	0,674
	Yok	59	95,2	3	4,8	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	190	92,2	16	7,8	0,131
	SAHU	115	97,5	3	2,5	
	Aile hekimliği asistanı	24	96,0	1	4,0	
	AHU	16	88,9	2	11,1	
Depremde bulunulan yer	Evde	168	94,4	10	5,6	0,541
	İşyerinde	76	91,6	7	8,4	
	Diğer	101	95,3	5	4,7	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	287	92,9	22	7,1	0,033
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	58	100,0	0	0	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	337	94,1	21	5,9	0,430
	Hayır	8	88,9	1	11,1	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	234	92,9	18	7,1	0,170
	Diğer	111	96,5	4	3,5	
Kronik hastalık	Var	103	97,2	3	2,8	0,104
	Yok	242	92,7	19	7,3	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	104	96,3	4	3,7	0,233
	Yok	241	93,1	18	6,9	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

ASM’de çalışanların %23,0’ı kronik hastalık ilaçlarını yazmada artış olduğunu belirtirken, %1,2’si azalma olduğunu ve %75,8’i ise değişim olmadığını ifade etmiştir. Diğer birimlerde çalışanların ise %34,8’i artış, %2,6’sı azalma ve %62,6’sı değişim olmadığını belirtmiştir. ASM ve diğer birimlerde çalışanlar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,022**)(Tablo 12).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı arasında kronik hastalık ilaçları yazma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 12).

Tablo 12. Sosyodemografik özelliklere göre kronik hastalık ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Kronik hastalık ilaçları						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	58	24,3	6	2,5	175	73,2	0,081
	Kadın	40	31,3	0	,0	88	68,8	
Medeni durum	Evli	83	26,2	5	1,6	229	72,2	0,822
	Bekar	15	30,0	1	2,0	34	68,0	
Çocuk varlığı	Var	77	25,2	5	1,6	223	73,1	0,303
	Yok	21	33,9	1	1,6	40	64,5	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	58	28,2	6	2,9	142	68,9	0,063
	SAHU	23	19,5	0	,0	95	80,5	
	Aile hekimliği asistanı	10	40,0	0	,0	15	60,0	
	AHU	7	38,9	0	,0	11	61,1	
Depremde bulunulan yer	Evde	41	23,0	5	2,8	132	74,2	0,309
	İşyerinde	26	31,3	0	,0	57	68,7	
	Diğer	31	29,2	1	,9	74	69,8	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	78	25,2	4	1,3	227	73,5	0,147
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	20	34,5	2	3,4	36	62,1	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	96	26,8	6	1,7	256	71,5	0,874
	Hayır	2	22,2	0	,0	7	77,8	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	58	23,0	3	1,2	191	75,8	0,022
	Diğer	40	34,8	3	2,6	72	62,6	
Kronik hastalık	Var	28	26,4	2	1,9	76	71,7	0,969
	Yok	70	26,8	4	1,5	187	71,6	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	26	24,1	2	1,9	80	74,1	0,694
	Yok	72	27,8	4	1,5	183	70,7	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Aile hekimi (pratisyen) olanların %62,1'i NSAİ ilaçlarını yazmada artış olduğunu belirtirken, %2,9'u azalma olduğunu ve %35,0'ı ise değişim olmadığını ifade etmiştir. SAHU olanların %59,3'ü artış olduğunu, %40,7'si değişim olmadığını belirtirken azalma olduğunu belirten SAHU yoktur. Aile hekimliği asistanlarının %40,0'ı artış olduğunu, %60,0'ı değişim olmadığını belirtirken azalma olmadığını da ifade etmişlerdir. AHU olanların ise %38,9'u artış, %5,6'sı azalma ve %55,6'sı değişim olmadığını bildirmiştir. Unvan grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,029$)(Tablo 13).

ASM'de çalışanların %54,4'ü NSAİ ilaçlarını yazmada artış olduğunu, %2,4'ü azalma olduğunu ve %43,3'ü değişim olmadığını belirtmiştir. Diğer birimlerde çalışanların ise %67,8'i artış olduğunu, %0,9'u azalma olduğunu ve %31,3'ü değişim olmadığını ifade etmiştir. Çalışılan birimlere göre bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,040$)(Tablo 13).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı arasında NSAİ yazma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 13).

Tablo 13. Sosyodemografik özelliklere göre NSAI ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		NSAI						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	131	54,8	6	2,5	102	42,7	0,096
	Kadın	84	65,6	1	,8	43	33,6	
Medeni durum	Evli	185	58,4	5	1,6	127	40,1	0,465
	Bekar	30	60,0	2	4,0	18	36,0	
Çocuk varlığı	Var	177	58,0	5	1,6	123	40,3	0,583
	Yok	38	61,3	2	3,2	22	35,5	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	128	62,1	6	2,9	72	35,0	0,029
	SAHU	70	59,3	0	,0	48	40,7	
	Aile hekimliği asistanı	10	40,0	0	,0	15	60,0	
	AHU	7	38,9	1	5,6	10	55,6	
Depremde bulunulan yer	Evde	107	60,1	4	2,2	67	37,6	0,635
	İşyerinde	49	59,0	0	,0	34	41,0	
	Diğer	59	55,7	3	2,8	44	41,5	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	174	56,3	5	1,6	130	42,1	0,054
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	41	70,7	2	3,4	15	25,9	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	209	58,4	7	2,0	142	39,7	0,786
	Hayır	6	66,7	0	,0	3	33,3	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	137	54,4	6	2,4	109	43,3	0,040
	Diğer	78	67,8	1	,9	36	31,3	
Kronik hastalık	Var	59	55,7	5	4,7	42	39,6	0,052
	Yok	156	59,8	2	,8	103	39,5	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	60	55,6	5	4,6	43	39,8	0,054
	Yok	155	59,8	2	,8	102	39,4	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

ASM’de çalışanların %68,7’si psikiyatrik ilaçları yazmada artış olduğunu belirtirken, %0,8’i azalma olduğunu ve %30,6’sı değişim olmadığını ifade etmiştir. Diğer birimlerde çalışanların ise %84,3’ü artış olduğunu, %15,7’si değişim olmadığını bildirirken azalma

olmadığını da bildirmişlerdir. Çalışılan birimlere göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,003**)(Tablo 14).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı arasında psikiyatrik ilaçları yazma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 14).

Tablo 14. Sosyodemografik özelliklere göre psikiyatrik ilaçları yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Psikiyatrik ilaçlar						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	174	72,8	1	,4	64	26,8	0,783
	Kadın	96	75,0	1	,8	31	24,2	
Medeni durum	Evli	234	73,8	2	,6	81	25,6	0,799
	Bekar	36	72,0	0	,0	14	28,0	
Çocuk varlığı	Var	228	74,8	2	,7	75	24,6	0,493
	Yok	42	67,7	0	,0	20	32,3	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	153	74,3	2	1,0	51	24,8	0,578
	SAHU	89	75,4	0	,0	29	24,6	
	Aile hekimliği asistanı	15	60,0	0	,0	10	40,0	
	AHU	13	72,2	0	,0	5	27,8	
Depremde bulunulan yer	Evde	133	74,7	0	,0	45	25,3	0,269
	İşyerinde	60	72,3	1	1,2	22	26,5	
	Diğer	77	72,6	1	,9	28	26,4	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	220	71,2	2	,6	87	28,2	0,059
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	50	86,2	0	,0	8	13,8	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	263	73,5	2	,6	93	26,0	0,942
	Hayır	7	77,8	0	,0	2	22,2	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	173	68,7	2	,8	77	30,6	0,003
	Diğer	97	84,3	0	,0	18	15,7	
Kronik hastalık	Var	77	72,6	1	,9	28	26,4	0,669
	Yok	193	73,9	1	,4	67	25,7	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	81	75,0	0	,0	27	25,0	0,898
	Yok	189	73,0	2	,8	68	26,3	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Hasarsız/az hasarlı evde yaşayanların %69,9'u dermatolojik ilaçları yazmada artış olduğunu belirtirken, %2,3'ü azalma olduğunu ve %27,8'i değişim olmadığını ifade etmiştir. Orta/ağır hasarlı/yıkık evde yaşayanların ise %86,2'si artış olduğunu, %1,7'si

azalma olduğunu ve %12,1'i değişim olmadığını belirtmiştir. Evin hasar durumuna göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,036**)(Tablo 15).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı arasında dermatolojik ilaçları yazma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 15).

Tablo 15. Sosyodemografik özelliklere göre dermatolojik ilaçları yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Dermatolojik ilaçlar						p *
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	167	69,9	6	2,5	66	27,6	0,304
	Kadın	99	77,3	2	1,6	27	21,1	
Medeni durum	Evli	232	73,2	6	1,9	79	24,9	0,548
	Bekar	34	68,0	2	4,0	14	28,0	
Çocuk varlığı	Var	221	72,5	7	2,3	77	25,2	0,943
	Yok	45	72,6	1	1,6	16	25,8	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	150	72,8	6	2,9	50	24,3	0,225
	SAHU	88	74,6	1	,8	29	24,6	
	Aile hekimliği asistanı	14	56,0	0	,0	11	44,0	
	AHU	14	77,8	1	5,6	3	16,7	
Depremde bulunulan yer	Evde	129	72,5	3	1,7	46	25,8	0,788
	İşyerinde	60	72,3	1	1,2	22	26,5	
	Diğer	77	72,6	4	3,8	25	23,6	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	216	69,9	7	2,3	86	27,8	0,036
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	50	86,2	1	1,7	7	12,1	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	260	72,6	8	2,2	90	25,1	0,755
	Hayır	6	66,7	0	,0	3	33,3	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	178	70,6	5	2,0	69	27,4	0,399
	Diğer	88	76,5	3	2,6	24	20,9	
Kronik hastalık	Var	75	70,8	1	,9	30	28,3	0,444
	Yok	191	73,2	7	2,7	63	24,1	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	80	74,1	0	,0	28	25,9	0,182
	Yok	186	71,8	8	3,1	65	25,1	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Erkeklerin %39,7'si antibiyotik yazmada artış olduğunu belirtirken, %5,0'ı azalma olduğunu ve %55,2'si değişim olmadığını ifade etmiştir. Kadınların ise %53,1'i artış olduğunu, %1,6'sı azalma olduğunu ve %45,3'ü değişim olmadığını belirtmiştir. Cinsiyete göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,023**)(Tablo 16).

Aile hekimi (pratisyen) olanların %41,7'si antibiyotik yazmada artış olduğunu, %4,4'ü azalma olduğunu ve %53,9'u değişim olmadığını belirtmiştir. SAHU olanların %48,3'ü artış olduğunu, %1,7'si azalma olduğunu ve %50,0'ı değişim olmadığını ifade etmiştir. Aile hekimliği asistanlarının %36,0'ı artış olduğunu, azalma olmadığını ve %64,0 oranında değişkenlik olmadığını belirtmiştir. AHU olanların ise %61,1'i artış, %16,7'si azalma ve %22,2'si değişim olmadığını bildirmiştir. Unvan grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (**p=0,023**)(Tablo 16).

Evde bulunanların %50,6'sı antibiyotik yazmada artış olduğunu, %2,2'si azalma olduğunu ve %47,2'si değişim olmadığını belirtmiştir. İşyerinde bulunanların %44,6'sı artış olduğunu, %3,6'sı azalma olduğunu ve %51,8'i değişim olmadığını ifade etmiştir. Diğer yerlerde bulunanların ise %34,0'ı artış olduğunu, %6,6'sı azalma olduğunu ve %59,4'ü değişim olmadığını bildirmiştir. Depremde bulunan yere göre bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,048**)(Tablo 16).

ASM'de çalışanların %40,1'i antibiyotik yazmada artış olduğunu, %4,4'ü azalma olduğunu ve %55,6'sı değişim olmadığını belirtmiştir. Diğer birimlerde çalışanların ise %53,9'u artış olduğunu, %2,6'sı azalma olduğunu ve %43,5'i değişim olmadığını ifade etmiştir. Çalışılan birime göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,044**)(Tablo 16).

Medeni durum, çocuk varlığı, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı arasında antibiyotik ilaçları yazma durumu açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 16).

Tablo 16. Sosyodemografik özelliklere göre antibiyotikleri yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Antibiyotik						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	95	39,7	12	5,0	132	55,2	0,023
	Kadın	68	53,1	2	1,6	58	45,3	
Medeni durum	Evli	137	43,2	12	3,8	168	53,0	0,489
	Bekar	26	52,0	2	4,0	22	44,0	
Çocuk varlığı	Var	131	43,0	13	4,3	161	52,8	0,336
	Yok	32	51,6	1	1,6	29	46,8	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	86	41,7	9	4,4	111	53,9	0,023
	SAHU	57	48,3	2	1,7	59	50,0	
	Aile hekimliği asistanı	9	36,0	0	,0	16	64,0	
	AHU	11	61,1	3	16,7	4	22,2	
Depremde bulunulan yer	Evde	90	50,6	4	2,2	84	47,2	0,048
	İşyerinde	37	44,6	3	3,6	43	51,8	
	Diğer	36	34,0	7	6,6	63	59,4	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	133	43,0	12	3,9	164	53,1	0,474
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	30	51,7	2	3,4	26	44,8	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	157	43,9	14	3,9	187	52,2	0,517
	Hayır	6	66,7	0	,0	3	33,3	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	101	40,1	11	4,4	140	55,6	0,044
	Diğer	62	53,9	3	2,6	50	43,5	
Kronik hastalık	Var	46	43,4	3	2,8	57	53,8	0,768
	Yok	117	44,8	11	4,2	133	51,0	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	50	46,3	4	3,7	54	50,0	0,896
	Yok	113	43,6	10	3,9	136	52,5	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

ASM’de çalışanların %29,0’ı inhaler ilaçları yazmada artış olduğunu belirtirken, %2,8’i azalma olduğunu ve %68,3’ü değişim olmadığını ifade etmiştir. Diğer birimlerde çalışanların ise %46,1’i artış olduğunu, %1,7’si azalma olduğunu ve %52,2’si değişim olmadığını belirtmiştir. Çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,006$)(Tablo 17).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile inhaler ilaçları yazma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 17).

Tablo 17. Sosyodemografik özelliklere göre inhaler ilaçları yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		İnhaler ilaçlar						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	82	34,3	9	3,8	148	61,9	0,082
	Kadın	44	34,4	0	,0	84	65,6	
Medeni durum	Evli	106	33,4	6	1,9	205	64,7	0,117
	Bekar	20	40,0	3	6,0	27	54,0	
Çocuk varlığı	Var	104	34,1	8	2,6	193	63,3	0,885
	Yok	22	35,5	1	1,6	39	62,9	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	76	36,9	4	1,9	126	61,2	0,515
	SAHU	40	33,9	5	4,2	73	61,9	
	Aile hekimliği asistanı	6	24,0	0	,0	19	76,0	
	AHU	4	22,2	0	,0	14	77,8	
Depremde bulunulan yer	Evde	67	37,6	3	1,7	108	60,7	0,245
	İşyerinde	23	27,7	1	1,2	59	71,1	
	Diğer	36	34,0	5	4,7	65	61,3	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	107	34,6	7	2,3	195	63,1	0,847
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	19	32,8	2	3,4	37	63,8	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	122	34,1	9	2,5	227	63,4	0,781
	Hayır	4	44,4	0	,0	5	55,6	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	73	29,0	7	2,8	172	68,3	0,006
	Diğer	53	46,1	2	1,7	60	52,2	
Kronik hastalık	Var	39	36,8	0	,0	67	63,2	0,141
	Yok	87	33,3	9	3,4	165	63,2	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	40	37,0	0	,0	68	63,0	0,130
	Yok	86	33,2	9	3,5	164	63,3	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Evde bulunanların %62,9'u ÜSYE ilaçlarını yazmada artış olduğunu belirtirken, %1,7'si azalma olduğunu ve %35,4'ü değişim olmadığını ifade etmiştir. İşyerinde bulunanların %54,2'si artış olduğunu, %1,2'si azalma olduğunu ve %44,6'sı değişim olmadığını belirtmiştir. Diğer yerlerde bulunanların ise %46,2'si artış olduğunu, %4,7'si azalma olduğunu ve %49,1'i değişim olmadığını bildirmiştir. Depremde bulunulan yere göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,042$)(Tablo 18).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı arasında ÜSYE ilaçları yazma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 18).

Tablo 18. Sosyodemografik özelliklere göre ÜSYE ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		ÜSYE ilaçları						p *
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	134	56,1	9	3,8	96	40,2	0,079
	Kadın	72	56,3	0	,0	56	43,8	
Medeni durum	Evli	179	56,5	7	2,2	131	41,3	0,735
	Bekar	27	54,0	2	4,0	21	42,0	
Çocuk varlığı	Var	171	56,1	9	3,0	125	41,0	0,384
	Yok	35	56,5	0	,0	27	43,5	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	110	53,4	6	2,9	90	43,7	0,488
	SAHU	73	61,9	2	1,7	43	36,4	
	Aile hekimliği asistanı	12	48,0	0	,0	13	52,0	
	AHU	11	61,1	1	5,6	6	33,3	
Depremde bulunulan yer	Evde	112	62,9	3	1,7	63	35,4	0,042
	İşyerinde	45	54,2	1	1,2	37	44,6	
	Diğer	49	46,2	5	4,7	52	49,1	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	170	55,0	9	2,9	130	42,1	0,313
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	36	62,1	0	,0	22	37,9	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	199	55,6	9	2,5	150	41,9	0,451
	Hayır	7	77,8	0	,0	2	22,2	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	132	52,4	6	2,4	114	45,2	0,088
	Diğer	74	64,3	3	2,6	38	33,0	
Kronik hastalık	Var	57	53,8	1	,9	48	45,3	0,355
	Yok	149	57,1	8	3,1	104	39,8	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	60	55,6	0	,0	48	44,4	0,129
	Yok	146	56,4	9	3,5	104	40,2	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Erkeklerin %28,0'ı göz ilaçlarını yazmada artış olduğunu belirtirken, %5,9'u azalma olduğunu ve %66,1'i değişim olmadığını ifade etmiştir. Kadınların ise %34,4'ü artış olduğunu, %0,8'i azalma olduğunu ve %64,8'i değişim olmadığını belirtmiştir. Cinsiyete göre istatistiksel anlamlı farklılık vardır (**p=0,041**) (Tablo 19).

ASM'de çalışanların %25,0'ı göz ilaçlarını yazmada artış olduğunu, %4,8'i azalma olduğunu ve %70,2'si değişim olmadığını belirtmiştir. Diğer birimlerde çalışanların ise %41,7'si artış olduğunu, %2,6'sı azalma olduğunu ve %55,7'si değişim olmadığını ifade etmiştir. Çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (**p=0,005**) (Tablo 19).

Devamlı ilaç kullananların %25,9'u göz ilaçlarını yazmada artış olduğunu, %0,9'u azalma olduğunu ve %73,1'i değişim olmadığını belirtmiştir. Devamlı ilaç kullanmayanların ise %32,0'ı artış olduğunu, %5,4'ü azalma olduğunu ve %62,5'i değişim olmadığını belirtmiştir. Devamlı ilaç kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. (**p=0,047**)(Tablo 19).

Medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, kronik hastalık varlığı arasında göz ilaçları yazma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 19).

Tablo 19. Sosyodemografik özelliklere göre göz ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Göz ilaçları						p *
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	67	28,0	14	5,9	158	66,1	0,041
	Kadın	44	34,4	1	,8	83	64,8	
Medeni durum	Evli	94	29,7	12	3,8	211	66,6	0,585
	Bekar	17	34,0	3	6,0	30	60,0	
Çocuk varlığı	Var	87	28,5	15	4,9	203	66,6	0,081
	Yok	24	38,7	0	,0	38	61,3	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	68	33,0	6	2,9	132	64,1	0,506
	SAHU	31	26,3	8	6,8	79	66,9	
	Aile hekimliği asistanı	7	28,0	0	,0	18	72,0	
	AHU	5	27,8	1	5,6	12	66,7	
Depremde bulunulan yer	Evde	62	34,8	4	2,2	112	62,9	0,120
	İşyerinde	21	25,3	3	3,6	59	71,1	
	Diğer	28	26,4	8	7,5	70	66,0	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	88	28,5	11	3,6	210	68,0	0,086
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	23	39,7	4	6,9	31	53,4	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	108	30,2	15	4,2	235	65,6	0,816
	Hayır	3	33,3	0	,0	6	66,7	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	63	25,0	12	4,8	177	70,2	0,005
	Diğer	48	41,7	3	2,6	64	55,7	
Kronik hastalık	Var	27	25,5	2	1,9	77	72,6	0,136
	Yok	84	32,2	13	5,0	164	62,8	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	28	25,9	1	,9	79	73,1	0,047
	Yok	83	32,0	14	5,4	162	62,5	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile vertigo ilaçları yazma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 20).

Tablo 20. Sosyodemografik özelliklere göre vertigo ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Vertigo ilaçları						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	102	42,7	8	3,3	129	54,0	0,742
	Kadın	60	46,9	4	3,1	64	50,0	
Medeni durum	Evli	140	44,2	10	3,2	167	52,7	0,952
	Bekar	22	44,0	2	4,0	26	52,0	
Çocuk varlığı	Var	137	44,9	11	3,6	157	51,5	0,523
	Yok	25	40,3	1	1,6	36	58,1	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	95	46,1	8	3,9	103	50,0	0,404
	SAHU	51	43,2	2	1,7	65	55,1	
	Aile hekimliği asistanı	10	40,0	0	,0	15	60,0	
	AHU	6	33,3	2	11,1	10	55,6	
Depremde bulunulan yer	Evde	85	47,8	2	1,1	91	51,1	0,114
	İşyerinde	31	37,3	5	6,0	47	56,6	
	Diğer	46	43,4	5	4,7	55	51,9	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	136	44,0	11	3,6	162	52,4	0,771
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	26	44,8	1	1,7	31	53,4	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	159	44,4	12	3,4	187	52,2	0,643
	Hayır	3	33,3	0	,0	6	66,7	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	110	43,7	8	3,2	134	53,2	0,942
	Diğer	52	45,2	4	3,5	59	51,3	
Kronik hastalık	Var	49	46,2	2	1,9	55	51,9	0,597
	Yok	113	43,3	10	3,8	138	52,9	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	49	45,4	1	,9	58	53,7	0,265
	Yok	113	43,6	11	4,2	135	52,1	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Aile hekimi (pratisyen) olanların %60,2'si alerji ilaçlarını yazmada artış olduğunu belirtirken, %2,9'u azalma olduğunu ve %36,9'u değişim olmadığını ifade etmiştir. SAHU olanların %55,1'i artış olduğunu, %2,5'i azalma olduğunu ve %42,4'ü değişim olmadığını belirtmiştir. Aile hekimliği asistanlarının %28,0'ı artış olduğunu, azalma olmadığını ve %72,0'ı değişim olmadığını bildirmiştir. AHU olanların ise %33,3'ü artış, %5,6'sı azalma

ve %61,1'i değişim olmadığını ifade etmiştir. Unvan grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,013**) (Tablo 21).

Evde bulunanların %57,9'u alerji ilaçlarını yazmada artış olduğunu, %2,2'si azalma olduğunu ve %39,9'u değişim olmadığını belirtmiştir. İşyerinde bulunanların %41,0'ı artış olduğunu, %3,6'sı azalma olduğunu ve %55,4'ü değişim olmadığını ifade etmiştir. Diğer yerlerde bulunanların ise %61,3'ü artış olduğunu, %2,8'i azalma olduğunu ve %35,8'i değişim olmadığını bildirmiştir. Depremde bulunulan yere göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,044**)(Tablo 21).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile alerji ilaçları yazma durumu arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 21).

Tablo 21. Sosyodemografik özelliklere göre alerji ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Alerji ilaçları						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	132	55,2	9	3,8	98	41,0	0,226
	Kadın	70	54,7	1	,8	57	44,5	
Medeni durum	Evli	178	56,2	9	2,8	130	41,0	0,482
	Bekâr	24	48,0	1	2,0	25	50,0	
Çocuk varlığı	Var	172	56,4	10	3,3	123	40,3	0,123
	Yok	30	48,4	0	,0	32	51,6	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	124	60,2	6	2,9	76	36,9	0,013
	SAHU	65	55,1	3	2,5	50	42,4	
	Aile hekimliği asistanı	7	28,0	0	,0	18	72,0	
	AHU	6	33,3	1	5,6	11	61,1	
Depremde bulunulan yer	Evde	103	57,9	4	2,2	71	39,9	0,044
	İşyerinde	34	41,0	3	3,6	46	55,4	
	Diğer	65	61,3	3	2,8	38	35,8	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	165	53,4	9	2,9	135	43,7	0,334
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	37	63,8	1	1,7	20	34,5	

Şu anda evde kalma durumu	Evet	195	54,5	10	2,8	153	42,7	0,463
	Hayır	7	77,8	0	,0	2	22,2	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	132	52,4	8	3,2	112	44,4	0,278
	Diğer	70	60,9	2	1,7	43	37,4	
Kronik hastalık	Var	58	54,7	1	,9	47	44,3	0,388
	Yok	144	55,2	9	3,4	108	41,4	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	61	56,5	0	,0	47	43,5	0,117
	Yok	141	54,4	10	3,9	108	41,7	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Aile hekimi (pratisyen) olanların %46,6'sı GÖRH ilaçlarını yazmada artış olduğunu belirtirken, %2,4'ü azalma olduğunu ve %51,0'ı değişim olmadığını ifade etmiştir. SAHU olanların %33,9'u artış olduğunu, %2,5'i azalma olduğunu ve %63,6'sı değişim olmadığını belirtmiştir. Aile hekimliği asistanları tarafından %20,0 artış olduğu, azalma olmadığı ve %80,0 değişim olmadığı bildirilmiştir. AHU olanların ise %55,6'sı artış, %5,6'sı azalma ve %38,9'u değişim olmadığını ifade etmiştir. Unvan grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,023**)(Tablo 22).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve kullanımı ile GÖRH ilaçları yazma durumu arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 22).

Tablo 22. Sosyodemografik özelliklere göre GÖRH ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		GÖRH ilaçları						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	91	38,1	8	3,3	140	58,6	0,112
	Kadın	60	46,9	1	,8	67	52,3	
Medeni durum	Evli	130	41,0	7	2,2	180	56,8	0,728
	Bekar	21	42,0	2	4,0	27	54,0	
Çocuk varlığı	Var	129	42,3	8	2,6	168	55,1	0,508
	Yok	22	35,5	1	1,6	39	62,9	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	96	46,6	5	2,4	105	51,0	0,023
	SAHU	40	33,9	3	2,5	75	63,6	
	Aile hekimliği asistanı	5	20,0	0	,0	20	80,0	
	AHU	10	55,6	1	5,6	7	38,9	
Depremde bulunulan yer	Evde	75	42,1	4	2,2	99	55,6	0,831
	İşyerinde	37	44,6	2	2,4	44	53,0	
	Diğer	39	36,8	3	2,8	64	60,4	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	125	40,5	9	2,9	175	56,6	0,380
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	26	44,8	0	,0	32	55,2	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	146	40,8	9	2,5	203	56,7	0,602
	Hayır	5	55,6	0	,0	4	44,4	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	103	40,9	5	2,0	144	57,1	0,667
	Diğer	48	41,7	4	3,5	63	54,8	
Kronik hastalık	Var	48	45,3	4	3,8	54	50,9	0,291
	Yok	103	39,5	5	1,9	153	58,6	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	49	45,4	2	1,9	57	52,8	0,536
	Yok	102	39,4	7	2,7	150	57,9	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile takviye ilaçları yazma durumu arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 23).

Tablo 23. Sosyodemografik özelliklere göre takviye ilaçları yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Takviye ilaçlar						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	111	46,4	9	3,8	119	49,8	0,744
	Kadın	62	48,4	3	2,3	63	49,2	
Medeni durum	Evli	152	47,9	8	2,5	157	49,5	0,117
	Bekar	21	42,0	4	8,0	25	50,0	
Çocuk varlığı	Var	144	47,2	10	3,3	151	49,5	0,997
	Yok	29	46,8	2	3,2	31	50,0	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	99	48,1	7	3,4	100	48,5	0,388
	SAHU	57	48,3	3	2,5	58	49,2	
	Aile hekimliği asistanı	7	28,0	1	4,0	17	68,0	
	AHU	10	55,6	1	5,6	7	38,9	
Depremde bulunulan yer	Evde	83	46,6	5	2,8	90	50,6	0,086
	İşyerinde	33	39,8	1	1,2	49	59,0	
	Diğer	57	53,8	6	5,7	43	40,6	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	141	45,6	10	3,2	158	51,1	0,389
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	32	55,2	2	3,4	24	41,4	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	168	46,9	12	3,4	178	49,7	0,812
	Hayır	5	55,6	0	,0	4	44,4	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	112	44,4	6	2,4	134	53,2	0,072
	Diğer	61	53,0	6	5,2	48	41,7	
Kronik hastalık	Var	47	44,3	2	1,9	57	53,8	0,439
	Yok	126	48,3	10	3,8	125	47,9	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	49	45,4	1	,9	58	53,7	0,202
	Yok	124	47,9	11	4,2	124	47,9	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Hasarsız/az hasarlı evde yaşayanların %9,1'i antibiyotik kullanımında artış olduğunu belirtirken, %0,6'sı azalma olduğunu ve %90,3'ü değişim olmadığını ifade etmiştir. Orta/ağır hasarlı/yıkık evde yaşayanların ise %10,3'ü artış olduğunu, %6,9'u azalma olduğunu ve %82,8'i değişim olmadığını belirtmiştir. Evin hasar durumuna göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$)(Tablo 24).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile antibiyotik ilaçları kullanma durumu arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 24).

Tablo 24. Sosyodemografik özelliklere göre antibiyotik kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Antibiyotik kullanma						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	22	9,2	5	2,1	212	88,7	0,819
	Kadın	12	9,4	1	,8	115	89,8	
Medeni durum	Evli	29	9,1	6	1,9	282	89,0	0,917
	Bekar	5	10,0	0	,0	45	90,0	
Çocuk varlığı	Var	30	9,8	6	2,0	269	88,2	0,560
	Yok	4	6,5	0	,0	58	93,5	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	20	9,7	3	1,5	183	88,8	0,567
	SAHU	9	7,6	2	1,7	107	90,7	
	Aile hekimliği asistanı	2	8,0	0	,0	23	92,0	
	AHU	3	16,7	1	5,6	14	77,8	
Depremde bulunulan yer	Evde	20	11,2	4	2,2	154	86,5	0,525
	İşyerinde	8	9,6	1	1,2	74	89,2	
	Diğer	6	5,7	1	,9	99	93,4	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	28	9,1	2	,6	279	90,3	0,002
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	6	10,3	4	6,9	48	82,8	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	32	8,9	6	1,7	320	89,4	0,315
	Hayır	2	22,2	0	,0	7	77,8	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	23	9,1	2	,8	227	90,1	0,168
	Diğer	11	9,6	4	3,5	100	87,0	
Kronik hastalık	Var	14	13,2	1	,9	91	85,8	0,213
	Yok	20	7,7	5	1,9	236	90,4	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	14	13,0	1	,9	93	86,1	0,264
	Yok	20	7,7	5	1,9	234	90,3	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile GÖRH ilaçları kullanma durumu arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 25).

Tablo 25. Sosyodemografik özelliklere göre GÖRH kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		GÖRH kullanma						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	10	4,2	2	,8	227	95,0	0,754
	Kadın	8	6,3	1	,8	119	93,0	
Medeni durum	Evli	18	5,7	3	,9	296	93,4	0,233
	Bekar	0	,0	0	,0	50	100,0	
Çocuk varlığı	Var	14	4,6	3	1,0	288	94,4	0,727
	Yok	4	6,5	0	,0	58	93,5	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	10	4,9	2	1,0	194	94,2	0,567
	SAHU	6	5,1	0	,0	112	94,9	
	Aile hekimliği asistanı	1	4,0	1	4,0	23	92,0	
	AHU	1	5,6	0	,0	17	94,4	
Depremde bulunulan yer	Evde	9	5,1	1	,6	168	94,4	0,920
	İşyerinde	3	3,6	1	1,2	79	95,2	
	Diğer	6	5,7	1	,9	99	93,4	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	16	5,2	2	,6	291	94,2	0,428
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	2	3,4	1	1,7	55	94,8	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	18	5,0	3	,8	337	94,1	0,756
	Hayır	0	,0	0	,0	9	100,0	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	12	4,8	3	1,2	237	94,0	0,687
	Diğer	6	5,2	0	,0	109	94,8	
Kronik hastalık	Var	7	6,6	1	,9	98	92,5	0,540
	Yok	11	4,2	2	,8	248	95,0	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	6	5,6	1	,9	101	93,5	0,908
	Yok	12	4,6	2	,8	245	94,6	

* Kikare analizi uygulanmıştır.

Erkeklerin %7,5'i psikiyatrik ilaç kullanımında artış olduğunu belirtirken, %0,4'ü azalma olduğunu ve %92,1'i değişim olmadığını ifade etmiştir. Kadınların ise %14,8'i artış olduğunu, %1,6'sı azalma olduğunu ve %83,6'sı değişim olmadığını belirtmiştir. Cinsiyete göre bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,030$).

Şu anda evde kalanların %9,2'si psikiyatrik ilaç kullanımında artış olduğunu, %0,8'i azalma olduğunu ve %89,9'u değişim olmadığını belirtmiştir. Şu anda evde kalmayanların ise %44,4'ü artış olduğunu, azalma olmadığını ve %55,6'sı değişim olmadığını bildirmiştir. Evde kalma durumuna göre istatistiksel anlamlı farklılık vardır ($p=0,012$)(Tablo 26).

Medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile psikiyatrik ilaçları kullanma durumu arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 26).

Tablo 26. Sosyodemografik özelliklere göre psikiyatrik ilaç kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Psikiyatrik ilaç kullanımı						P [*]
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	18	7,5	1	,4	220	92,1	0,030
	Kadın	19	14,8	2	1,6	107	83,6	
Medeni durum	Evli	33	10,4	3	,9	281	88,6	0,872
	Bekâr	4	8,0	0	,0	46	92,0	
Çocuk varlığı	Var	35	11,5	3	1,0	267	87,5	0,132
	Yok	2	3,2	0	,0	60	96,8	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	23	11,2	2	1,0	181	87,9	0,897
	SAHU	9	7,6	1	,8	108	91,5	
	Aile hekimliği asistanı	3	12,0	0	,0	22	88,0	
	AHU	2	11,1	0	,0	16	88,9	
Depremde bulunulan yer	Evde	19	10,7	1	,6	158	88,8	0,355
	İşyerinde	5	6,0	0	,0	78	94,0	
	Diğer	13	12,3	2	1,9	91	85,8	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	26	8,4	3	1,0	280	90,6	0,052
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	11	19,0	0	,0	47	81,0	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	33	9,2	3	,8	322	89,9	0,012
	Hayır	4	44,4	0	,0	5	55,6	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	22	8,7	3	1,2	227	90,1	0,266
	Diğer	15	13,0	0	,0	100	87,0	
Kronik hastalık	Var	16	15,1	1	,9	89	84,0	0,090
	Yok	21	8,0	2	,8	238	91,2	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	15	13,9	1	,9	92	85,2	0,228
	Yok	22	8,5	2	,8	235	90,7	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Aile hekimi (pratisyen) olanların %20,9'u takviye ilaç kullanımında artış olduğunu belirtirken, %2,4'ü azalma olduğunu ve %76,7'si değişim olmadığını ifade etmiştir. SAHU'ların %8,5'i artış olduğunu, %1,7'si azalma olduğunu ve %89,8'i değişim olmadığını belirtmiştir. Aile hekimliği asistanlarının %28,0'ı artış olduğunu, %4,0'ı azalma olduğunu ve %68,0'ı değişim olmadığını bildirmiştir. AHU olanların ise %5,9'u artış, %94,1'i değişim olmadığını belirtirken azalma bildirilmemiştir. Unvan grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,019$)(Tablo 27).

Şu anda evde kalanların %15,7'si takviye ilaç kullanımında artış olduğunu, %2,2'si azalma olduğunu ve %82,1'i değişim olmadığını belirtmiştir. Şu anda evde kalmayanlar ise %55,6 artış olduğunu, azalma olmadığını ve %44,4 değişim olmadığını ifade etmiştir. Evde kalma durumuna göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,027$)(Tablo 27).

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile takviye ilaçları kullanma durumu arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 27).

Tablo 27. Sosyodemografik özelliklere göre takviye ilaç kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Takviye ilaç kullanımı						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	36	15,1	6	2,5	196	82,4	0,487
	Kadın	25	19,5	2	1,6	101	78,9	
Medeni durum	Evli	50	15,8	7	2,2	260	82,0	0,506
	Bekar	11	22,4	1	2,0	37	75,5	
Çocuk varlığı	Var	47	15,5	7	2,3	250	82,2	0,379
	Yok	14	22,6	1	1,6	47	75,8	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	43	20,9	5	2,4	158	76,7	0,019
	SAHU	10	8,5	2	1,7	106	89,8	
	Aile hekimliği asistanı	7	28,0	1	4,0	17	68,0	
	AHU	1	5,9	0	,0	16	94,1	
Depremde bulunulan yer	Evde	31	17,5	7	4,0	139	78,5	0,314
	İşyerinde	14	16,9	0	,0	69	83,1	
	Diğer	16	15,1	1	,9	89	84,0	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	45	14,6	7	2,3	256	83,1	0,052
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	16	27,6	1	1,7	41	70,7	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	56	15,7	8	2,2	293	82,1	0,027
	Hayır	5	55,6	0	,0	4	44,4	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	42	16,7	5	2,0	205	81,3	0,926
	Diğer	19	16,7	3	2,6	92	80,7	
Kronik hastalık	Var	21	19,8	2	1,9	83	78,3	0,578
	Yok	40	15,4	6	2,3	214	82,3	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	21	19,4	2	1,9	85	78,7	0,638
	Yok	40	15,5	6	2,3	212	82,2	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Evli olanların %3,5'i kendi kronik hastalık ilacı kullanımında artış olduğunu belirtirken, %0,3'ü azalma olduğunu ve %96,2'si değişim olmadığını ifade etmiştir. Bekâr olanların ise %12,0'ı artış olduğunu, azalma olmadığını ve %88,0'ı değişim olmadığını belirtmiştir. Medeni duruma göre bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,035**) (Tablo 28).

Kronik hastalığı olanların %11,3'ü kendi kronik hastalık ilacı kullanımında artış olduğunu belirtirken, %88,7'si de değişim olmadığını ifade etmiştir (Tablo 28).

Devamlı ilaç kullananların %10,2'si kendi kronik hastalık ilacı kullanımında artış olduğunu, %89,8'i ise değişim olmadığını belirtmiştir (Tablo 28).

Cinsiyet, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim ile kronik hastalık ilaçları kullanma durumu arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 28).

Tablo 28. Sosyodemografik özelliklere göre kronik hastalık ilaç kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Kronik hastalık ilacı kullanma						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	12	5,0	0	,0	227	95,0	0,402
	Kadın	5	3,9	1	,8	122	95,3	
Medeni durum	Evli	11	3,5	1	,3	305	96,2	0,035
	Bekâr	6	12,0	0	,0	44	88,0	
Çocuk varlığı	Var	13	4,3	1	,3	291	95,4	0,588
	Yok	4	6,5	0	,0	58	93,5	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	14	6,8	0	,0	192	93,2	0,189
	SAHU	2	1,7	1	,8	115	97,5	
	Aile hekimliği asistanı	1	4,0	0	,0	24	96,0	
	AHU	0	,0	0	,0	18	100,0	
Depremde bulunulan yer	Evde	8	4,5	0	,0	170	95,5	0,701
	İşyerinde	3	3,6	0	,0	80	96,4	
	Diğer	6	5,7	1	,9	99	93,4	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	12	3,9	1	,3	296	95,8	0,295
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	5	8,6	0	,0	53	91,4	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	15	4,2	1	,3	342	95,5	0,083
	Hayır	2	22,2	0	,0	7	77,8	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	15	6,0	1	,4	236	93,7	0,129
	Diğer	2	1,7	0	,0	113	98,3	
Kronik hastalık	Var	12	11,3	0	,0	94	88,7	-
	Yok	0	,0	0	,0	0	,0	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	11	10,2	0	,0	97	89,8	-
	Yok	0	,0	0	,0	0	,0	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile NSAI ilaçları kullanma durumu arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$)(Tablo 29).

Tablo 29. Sosyodemografik özelliklere göre NSAI kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		NSAI kullanma						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	20	8,4	7	2,9	212	88,7	0,813
	Kadın	13	10,2	3	2,3	112	87,5	
Medeni durum	Evli	30	9,5	8	2,5	279	88,0	0,584
	Bekâr	3	6,0	2	4,0	45	90,0	
Çocuk varlığı	Var	32	10,5	8	2,6	265	86,9	0,083
	Yok	1	1,6	2	3,2	59	95,2	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	22	10,7	4	1,9	180	87,4	0,372
	SAHU	6	5,1	5	4,2	107	90,7	
	Aile hekimliği asistanı	3	12,0	1	4,0	21	84,0	
	AHU	2	11,1	0	,0	16	88,9	
Depremde bulunulan yer	Evde	13	7,3	2	1,1	163	91,6	0,234
	İşyerinde	9	10,8	3	3,6	71	85,5	
	Diğer	11	10,4	5	4,7	90	84,9	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	24	7,8	8	2,6	277	89,6	0,149
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	9	15,5	2	3,4	47	81,0	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	32	8,9	9	2,5	317	88,5	0,163
	Hayır	1	11,1	1	11,1	7	77,8	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	19	7,5	6	2,4	227	90,1	0,282
	Diğer	14	12,2	4	3,5	97	84,3	
Kronik hastalık	Var	8	7,5	3	2,8	95	89,6	0,826
	Yok	25	9,6	7	2,7	229	87,7	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	8	7,4	3	2,8	97	89,8	0,791
	Yok	25	9,7	7	2,7	227	87,6	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, unvan, depremde bulunulan yer, evin hasar durumu, şu anda evde kalma durumu, deprem sonrası çalışılan birim, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile dermatolojik ilaçları kullanma durumu arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 30).

Tablo 30. Sosyodemografik özelliklere göre cildiye ilaçları kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması

		Dermatolojik ilaçları kullanma						p*
		Arttı		Azaldı		Değişmedi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	27	11,3	0	,0	212	88,7	0,291
	Kadın	10	7,8	0	,0	118	92,2	
Medeni durum	Evli	32	10,1	0	,0	285	89,9	0,984
	Bekâr	5	10,0	0	,0	45	90,0	
Çocuk varlığı	Var	34	11,1	0	,0	271	88,9	0,133
	Yok	3	4,8	0	,0	59	95,2	
Unvan	Aile hekimi (pratisyen)	23	11,2	0	,0	183	88,8	0,364
	SAHU	8	6,8	0	,0	110	93,2	
	Aile hekimliği asistanı	3	12,0	0	,0	22	88,0	
	AHU	3	16,7	0	,0	15	83,3	
Depremde bulunulan yer	Evde	16	9,0	0	,0	162	91,0	0,147
	İşyerinde	13	15,7	0	,0	70	84,3	
	Diğer	8	7,5	0	,0	98	92,5	
Evin hasar durumu	Hasarsız/az hasarlı	29	9,4	0	,0	280	90,6	0,306
	Orta/ağır hasarlı/yıkık	8	13,8	0	,0	50	86,2	
Şu anda evde kalma durumu	Evet	34	9,5	0	,0	324	90,5	0,052
	Hayır	3	33,3	0	,0	6	66,7	
Deprem sonrası çalışılan birim	ASM	26	10,3	0	,0	226	89,7	0,824
	Diğer	11	9,6	0	,0	104	90,4	
Kronik hastalık	Var	10	9,4	0	,0	96	90,6	0,793
	Yok	27	10,3	0	,0	234	89,7	
Devamlı ilaç kullanımı	Var	8	7,4	0	,0	100	92,6	0,272
	Yok	29	11,2	0	,0	230	88,8	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Semptom ve hastalık artışı varlığı ile çalışma süresi ve deprem sonrası çalışmaya başlama süresi arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 31).

Tablo 31. Semptom ve hastalık artış varlığına göre yaş, çalışma süresi ve deprem sonrası çalışmaya başlama süresinin karşılaştırılması

		Yaş		Çalışma süresi		Depremden sonra çalışmaya başlama süresi	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Semptom artışı tespit etme durumu	Var	41,47±9,19	0,144	16,01±9,07	0,108	12,27±22,02	0,177
	Yok	44,29±9,53		18,74±9,47		5,58±6,03	
Hastalık artışı tespit etme durumu	Var	41,58±9,1	0,499	16,11±8,99	0,454	11,72±20,99	0,677
	Yok	43,68±11,36		18,23±11,11		11,55±25,14	

*Mann Whitney U analizi uygulanmıştır.

Antibiyotik yazma konusundaki değişim ile yaş (**p=0,001**) ve çalışma süresi (**p=0,001**) açısından anlamlı farklılık gözlenmiştir. Bu farklılık antibiyotik yazımının azaldığını belirtenler ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmış olup azaldığını belirtenlerin yaşı ve çalışma süresi daha uzundur (Tablo 32).

ÜSYE ilaçları yazma konusundaki değişim ile yaş (**p=0,004**) ve çalışma süresi (**p=0,009**) açısından anlamlı farklılık gözlenmiştir. Bu farklılık ÜSYE ilaçları yazımının azaldığını belirtenler ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmış olup azaldığını belirtenlerin yaşı ve çalışma süresi daha uzundur (Tablo 32).

Göz ilaçları yazma konusundaki değişim ile deprem sonrasında çalışmaya başlama süresi açısından anlamlı farklılık gözlenmiştir. Bu farklılık göz ilaçları yazımının arttığını belirtenler ile değişmediğini belirtenler arasındaki farktan kaynaklanmış olup arttığını belirtenlerin deprem sonrasında çalışmaya başlama süresi daha uzundur (**p=0,022**)(Tablo 32).

Alerji ilaçları yazma konusundaki değişim ile yaş (**p=0,001**) ve çalışma süresi (**p=0,004**) açısından anlamlı farklılık gözlenmiştir. Bu farklılık tüm gruplar arasındaki farktan kaynaklanmış ve azaldığını belirtenlerin yaşı ve çalışma süresi daha uzundur. Alerji ilaçları yazma konusundaki değişim ile deprem sonrasında çalışmaya başlama süresi açısından anlamlı farklılık gözlenmiştir. Bu farklılık alerji ilaçları yazımının arttığını

belirtenler ile değişmediğini belirtenler arasındaki farktan kaynaklanmış olup arttığını belirtenlerin başlama süresi daha uzundur (**p=0,023**)(Tablo 32).

GÖRH ilaçları yazma konusundaki değişim ile yaş açısından anlamlı farklılık gözlenmiştir. Bu farklılık GÖRH ilaçları yazımının değişmediğini belirtenler ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmış olup değişmediğini belirtenlerin yaşı daha küçüktür (**p=0,004**). GÖRH ilaçları yazma konusundaki değişim ile çalışma süresi açısından anlamlı farklılık gözlenmiştir. Bu farklılık GÖRH ilaçları yazımının azaldığını belirtenler ile değişmediğini belirtenler arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve değişmediğini belirtenlerin çalışma süresi daha kısadır (**p=0,011**)(Tablo 32).

Takviye ilaçları yazma konusundaki değişim ile yaş açısından anlamlı farklılık gözlenmiştir. Bu farklılık takviye ilaçları yazımının azaldığını belirtenler ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve azaldığını belirtenlerin yaşı daha büyüktür (**p=0,017**). Takviye ilaçları yazma konusundaki değişim ile çalışma süresi açısından anlamlı farklılık gözlenmiştir. Bu farklılık takviye ilaçları yazımının arttığını belirtenler ile azaldığını belirtenler arasındaki farktan kaynaklanmış olup arttığını belirtenlerin çalışma süresi daha kısadır (**p=0,019**)(Tablo 32).

Tablo 32. İlaç yazma konusundaki değişime göre yaş, çalışma süresi ve deprem sonrası çalışmaya başlama süresinin karşılaştırılması

		Yaş		Çalışma süresi		Depremden sonra çalışmaya başlama süresi	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Kronik hastalık ilaçları	Arttı	41,90±9,93	0,321	16,60±10,08	0,521	12,71±23,22	0,813
	Azaldı	46,67±6,89		19,50±7,01		18,67±35,39	
	Değişmedi	41,52±9,02		16,03±8,8		11,17±20,1	
NSAI	Arttı	41,28±9,44	0,138	15,89±9,24	0,256	12,51±23,5	0,680
	Azaldı	48,86±12,06		21,86±11,13		31,00±37,86	
	Değişmedi	41,99±8,71		16,49±8,83		9,59±15,51	
Psikiyatrik ilaçlar	Arttı	41,85±8,84	0,281	16,26±9,02	0,281	11,28±21,45	0,370
	Azaldı	50,50±0,71		26,00±1,41		2,50±3,54	
	Değişmedi	41,12±10,34		15,96±9,45		13,13±20,78	
Dermatolojik ilaçlar	Arttı	41,66±8,83	0,198	16,16±8,74	0,230	12,42±20,66	0,187
	Azaldı	46,75±9,32		21,50±9,49		18,13±41,48	
	Değişmedi	41,41±10,31		16,01±10,1		9,11±20,48	
Antibiyotikler	Arttı	41,07±8,83 ^a	0,001	15,52±9 ^a	0,001	11,25±20,46	0,555
	Azaldı	50,50±8,31 ^b		24,71±7,22 ^b		18,43±36,07	
	Değişmedi	41,60±9,37 ^a		16,23±9,09 ^a		11,61±20,5	
İnhaler ilaçlar	Arttı	42,45±9,22	0,232	16,90±9,49	0,278	11,76±17,49	0,880
	Azaldı	44,78±5,67		18,89±6,45		13,56±28,97	
	Değişmedi	41,18±9,34		15,78±9		11,61±22,78	
ÜSYE ilaçları	Arttı	41,40±9,25 ^a	0,004	15,84±9,04 ^a	0,009	13,51±24,21	0,207
	Azaldı	51,56±5,1 ^b		25,22±5,91 ^b		15,44±39,25	
	Değişmedi	41,54±9,15 ^a		16,25±9,17 ^a		9,04±14,21	
Göz ilaçları	Arttı	42,22±8,68	0,294	16,47±8,88	0,453	15,06±20,2 ^a	0,022
	Azaldı	44,20±7,66		18,20±8,08		14,33±36,55 ^{a,b}	
	Değişmedi	41,32±9,57		16,01±9,32		9,88±20,3 ^b	
Vertigo ilaçları	Arttı	42,01±8,43	0,114	16,34±8,66	0,237	11,39±16,92	0,058
	Azaldı	46,17±9,08		19,75±9,69		11,33±34,28	
	Değişmedi	41,18±9,84		15,94±9,47		12,00±23,48	
Alerji ilaçları	Arttı	42,66±8,56 ^a	0,001	16,92±8,88 ^a	0,004	14,38±24,58 ^a	0,023
	Azaldı	48,70±7,17 ^b		22,80±7,47 ^b		14,00±37,16 ^{a,b}	
	Değişmedi	40,01±9,85 ^c		14,93±9,31 ^c		8,05±13,34 ^b	
GÖRH ilaçları	Arttı	42,77±8,73 ^a	0,004	16,96±8,96 ^{a,b}	0,011	11,21±16,93	0,779
	Azaldı	49,44±8,46 ^a		23,56±7,99 ^a		21,67±41,59	
	Değişmedi	40,59±9,42 ^b		15,40±9,15 ^b		11,64±22,8	
Takviye ilaçlar	Arttı	40,74±8,94 ^a	0,017	15,14±8,75 ^a	0,019	11,49±17,95	0,609
	Azaldı	48,92±10,09 ^b		22,67±10,66 ^b		14,25±34,29	
	Değişmedi	42,15±9,28 ^a		16,86±9,19 ^{a,b}		11,75±23,08	

*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. ^{a,b}Farklılığın kaynaklandığı grup

Katılımcıların antibiyotik kullanma konusundaki değişimi ile deprem sonrasında çalışmaya başlama süresi açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Antibiyotik kullanmadaki farklılık azaldığını belirtenler ile değişmediğini belirtenler arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve azaldığını belirtenlerin başlama süresi daha uzundur ($p=0,042$)(Tablo 33).

Tablo 33. İlaç kullanma konusundaki değişime göre yaş, çalışma süresi ve deprem sonrası çalışmaya başlama süresinin karşılaştırılması

		Yaş		Çalışma süresi		Depremden sonra çalışmaya başlama süresi	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Antibiyotik kullanımı	Arttı	41,18±7,44	0,936	15,84±8,07	0,996	13,38±17,23 ^{a,b}	0,042
	Azaldı	42,50±8,02		16,00±9,08		37,83±38,44 ^a	
	Değişmedi	41,75±9,45		16,29±9,25		11,06±20,97 ^b	
GÖRH ilacı kullanımı	Arttı	41,94±7,76	0,920	17,44±8,51	0,668	9,17±17,78	0,381
	Azaldı	43,00±7,94		18,67±9,87		11,33±12,06	
	Değişmedi	41,68±9,34		16,16±9,17		11,84±21,47	
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Arttı	43,43±7,82	0,352	18,41±7,92	0,196	11,14±13,96	0,309
	Azaldı	40,00±8,19		15,00±9,64		15,67±8,39	
	Değişmedi	41,53±9,4		16,01±9,24		11,74±21,99	
Takviye ilaç kullanımı	Arttı	42,08±8,99	0,715	16,43±9,25	0,796	11,28±17,47	0,154
	Azaldı	43,63±9,88		18,13±9,99		40,63±60,03	
	Değişmedi	41,53±9,28		16,10±9,08		10,65±18,61	
Kronik hastalık ilacı kullanımı	Arttı	44,00±7,73	0,475	18,53±8,08	0,475	17,24±29,3	0,832
	Azaldı	43,00±		17,00±		2,00±	
	Değişmedi	41,59±9,32		16,13±9,18		11,47±20,79	
NSAI kullanımı	Arttı	43,39±7,4	0,396	17,85±8,1	0,366	20,03±35,95	0,169
	Azaldı	40,80±9,51		14,20±10,14		6,60±11,61	
	Değişmedi	41,56±9,41		16,14±9,2		11,02±19,24	
Dermatolojik ilaç kullanımı	Arttı	43,11±7,82	0,239	17,81±8,35	0,210	10,86±18,23	0,914
	Azaldı	-		-		-	
	Değişmedi	41,55±9,39		16,06±9,2		11,80±21,55	

*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. ^{a,b}Farklılığın kaynaklandığı grup

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş merkezli gerçekleşen ve geniş bir coğrafyayı etkileyen şiddetli depremlerin ardından, bölgedeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel taşı olan aile hekimlerinin (pratisyenler, SAHU, aile hekimliği asistanları ve AHU) yaşadıkları deneyimleri, sağlık durumlarındaki değişimleri ve ilaç reçeteleme davranışlarındaki farklılaşmaları derinlemesine incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırmaya, depremde en çok etkilenen on farklı ilden toplam 367 Aile Hekimi katılmıştır. Çalışmamızda elde edilen bulgular afetlerin karmaşık ve uzun süreli etkilerinin hem bireysel sağlık çalışanları hem de sağlık hizmet sunumu açısından ne denli önemli olduğunu bir kez daha göstermektedir.

Çalışmamızda düzenli ilaç kullanan katılımcıların önemli bir kısmının antihipertansif ilaç kullanıcısı olması, afet sonrası dönemde kronik hastalık yönetiminin kritik önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Depremler, altyapı hasarı, sağlık hizmetlerine erişimdeki kısıtlamalar ve ilaç tedarik zincirindeki aksaklıklar nedeniyle kronik hastalığı olan bireylerin ilaçlarına düzenli erişimini olumsuz etkileyebilir. Aile hekimlerinin bu tür durumlarda, hastalarında ve kendileri için sadece yeni ortaya çıkan şikâyetleri ile değil, aynı zamanda mevcut kronik rahatsızlıklarının seyrindeki bozulmalar ve ilaçlarına erişim sorunlarıyla da mücadele etmek zorunda kaldığı anlaşılmaktadır. Bu bulgu, afet sonrası dönemde kronik hastalıkların kesintisiz yönetimini sağlamak için daha güçlü acil durum planlamasına ve lojistik desteklere duyulan ihtiyacın altını çizmektedir.

Deprem sonrası dönemde aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%63,8) kendi aile hekimliği birimlerinde çalışmaya devam etmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin afetlere karşı gösterdiği önemli bir dayanıklılığa işaret etmektedir. Yıkıcı bir felakete rağmen, aile hekimlerinin büyük bir kısmının alışageldikleri birimlerinde hizmet sunmayı sürdürebilmesi, hizmetin sürekliliği ve erişilebilirliği açısından kritik bir rol oynamıştır. Bu durum, sağlık sisteminin önemli bir parçasını oluşturan aile hekimliği birimlerinin, afet zamanlarında dahi toplum sağlığını desteklemedeki temel gücünü ortaya koymaktadır.

Bununla birlikte, katılımcıların önemli bir kısmının çadır kent (%7,9), devlet hastanesi (%7,4), üniversite hastanesi (%6,5) ve konteyner gibi farklı alanlarda hizmet vermesi, afet sonrası artan sağlık ihtiyaçlarına uyum sağlama ve esneklik kapasitesini göstermektedir. Bu yer değiştirmeler, hem sağlık çalışanlarının değişen koşullara

adaptasyonunu hem de sağlık sisteminin, normalleşme sürecine kadar geçici veya ek hizmet noktaları oluşturma zorunluluğunu yansıtmaktadır. Bu dağılım, afet sonrası dönemde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sadece mevcut yapılarını korumakla kalmayıp, aynı zamanda yeni ve acil ihtiyaçlara yanıt verebilmek için mobilize olduğunu da gözler önüne sermektedir.

Çalışmamızın en önemli bulgularından biri, katılımcı aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%91,6) deprem sonrasında çeşitli fiziksel semptomlarda artış tespit ettiğini belirtmesidir. Bu yüksek oran, afetlerin bireylerin fiziksel sağlığı üzerindeki yaygın ve derin etkilerini net bir şekilde ortaya koymaktadır. Literatürde, doğal afetlerin ardından travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik etkilerin yanı sıra, çeşitli bedensel şikayetlerin de arttığı sıkça rapor edilmektedir (34).Özellikle kaşıntı (%58,9), eklem, omurga, diz veya bel ağrısı (%58,3), halsizlik (%54,5) ve öksürük (%49,7) gibi semptomların bu kadar yüksek oranlarda görölmesi dikkat çekicidir. Bu bulgular, depremle ilişkili stresin ve zorlu yaşam koşullarının doğrudan bir yansıması olabilir. Yoğun stres, bağışıklık sistemini baskılayarak alerjik reaksiyonları (kaşıntı, döküntü) tetikleyebilir veya mevcut cilt rahatsızlıklarını kötüleştirir. Kas-iskelet sistemi ağrıları, deprem sırasında yaşanan fiziksel travmalar, sonrasında çadır veya konteyner gibi uygunsuz yaşam koşulları, ağır kaldırma veya uyku düzeni bozuklukları gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir. Öksürük ve nefes darlığı gibi solunum yolu semptomları ise, deprem sonrası artan toz, duman veya enfeksiyon riskleri ile açıklanabilir.

Çalışmamızda göğüs ağrısı semptomunda ve kalp hastalıklarında artış belirlenmiştir. Benzer şekilde Chen ve arkadaşlarının (1999) Tayvan depremi sonrası gerçekteşirdiği bir araştırma, travma sonrası belirtilerin depremi izleyen ilk ayda olduğu sık kardiyolojik semptoma sebep olabileceğini ortaya koymuştur (33). Kusevic ve arkadaşlarının araştırmaları, yoğun stresli deneyimlerin kardiyovasküler sağlık sorunlarına katkıda bulunduğuuna dair artan bilimsel kanıt bulunduğunu göstermektedir (34). Depremler, akut stresin kardiyovasküler olayları tetikleme mekanizmalarını anlamak için önemli bir model sunmaktadır. Hanshin-Awaji depremi, bu durumu açıkça gösteren bir örnektir ve gastrointestinal sistemin yanı sıra insan kardiyovasküler sistemi üzerinde de çeşitli etkilere yol açmıştır. Bu depremi takip eden ilk dört hafta içinde, depremin merkez üssüne yakın yaşayan bireylerde akut miyokard enfarktüsü geçirenlerin sayısında yaklaşık 3,5 katlık bir artış gözlemlenmiştir. Bu artışın kadınlarda erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zaman diliminde, inme vakalarının

görölme sıklığı da neredeyse iki katına çıkmıştır (34). Depremzedelerin karşı karşıya kaldığı olağandışı ev koşullarında günlük ihtiyaçların ya da hizmetlerin eksikliğinden kaynaklanan fiziksel ve zihinsel stres, artan sempatik sinir sistemi aktivitesi, aşırı miktarda tuz tüketimi veya diyet ile ilgili sorunlar gibi etkenler, yüksek tansiyon, dehidrasyon ya da su alımındaki tereddüt gibi faktörlerle birleşerek kardiyovasküler hastalık riskini artırabilir.

Çalışmamızda nefes darlığı, artan semptomlara bakıldığında önemli bir yer tutmaktadır. Sepehri ve arkadaşlarının (2003) Bam şehrinde gerçekleştirdiği bir araştırmada, solunum yolu ilaçlarının kullanım oranının yaklaşık %30 olduğu belirtilmiştir. Bu oran, 2003 Bam depreminden sonraki ilk altı aylık dönemde solunum yolu ilacı kullanımının %81'e ulaştığı zamandan belirgin şekilde düşüktür. 2003 Bam depremi mağdurlarının karşılaştığı en önemli sağlık sorunlarından biri solunum yolu hastalıkları olmuştur, özellikle korunmasız durumdaki çocuklarda pnömoni ve solunum yolu enfeksiyonları yaygın olarak görülmüştür (35). Bulgularımız, depremlerin solunum sağlığı üzerinde anlık ve yıkıcı etkileri olduğunu doğrulamaktadır. Afet sonrası ortaya çıkan çevresel faktörler ve stresin solunum yolu hastalıklarını tetikleyebileceği tezimizi desteklemektedir.

Çalışmamızda psikiyatrik hastalıklarda önemli bir artış görülmüştür. Sehliskoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada deprem ve sonrasında aktif rol alan sağlık çalışanlarının travma sonrası stres belirtileri, depresyon, psikolojik stres, tükenmişlik yaşadığı ve yaşam kalitelerinin bozulduğu görülmüştür (36). Bu bulgulara göre hem depremzede halkta hem de sağlık çalışanlarında psikiyatrik hastalıklar deprem durumunda önemli oranda artmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu (%94,0) bölgede hastalık insidansında genel bir artış gözlemlemiş ve özellikle uyuz gibi hastalıkların belirgin şekilde yaygınlaştığını belirtmişlerdir. Tunalı ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada; Türkiye'nin güneydoğusundaki 11 ili etkileyen 6 Şubat 2023 depreminin, halk sağlığı yönünden önemli tehlikeler yaratmış olduğu, özellikle sıtma, leishmaniasis ve uyuz gibi hastalıkların yayılma olasılığını yükselttiği bildirilmiştir. Çalışmaya göre altyapıdaki ağır hasar, nüfus hareketliliği ve Suriyeli göçmenler ile sosyoekonomik zorluklar yaşayan yerel halk gibi hassas grupların varlığı, bu ihmal edilmiş paraziter hastalıklara karşı bu grupları açık hale getirmiştir. Çalışmada bu hastalıkların etkili bir şekilde önlenmesi, kontrol altına alınması ve yönetilmesi için farklı sektörler arasında iş birliği, bilgi paylaşımı ve sürveyans sistemleri gerektiği bildirilmektedir. Bununla birlikte, çalışma Türkiye'nin, bölgenin ve

demografik yapının kendine has özellikleri ve karşılaştığı güçlükler, stratejilerin etkinliği ve sürdürülebilirliği için daha fazla araştırılması, değerlendirilmesi ve yerel koşullara uyarlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çalışmada sonuç olarak etkilenen topluluklardan elde edilecek sürekli gözetim, değerlendirme ve geri bildirimlerin, müdahalelerin geliştirilmesinde ve ortaya çıkan yeni ihtiyaçların karşılanmasında hayati bir rol oynayacağı bildirilmektedir (37). Aşırı kalabalık, yetersiz hijyen uygulamaları ve sağlık hizmetlerine erişimdeki kısıtlılık, uyuzun bulaşmasına katkıda bulunmaktadır. Önleme ve kontrol stratejileri, sağlık eğitimine, toplumun katılımına, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesine, hijyenin teşvik edilmesine ve gözetim sistemlerine öncelik vermelidir. Bu faktörler ele alınarak farkındalığın artırılması, uygun hijyen uygulamalarının teşvik edilmesi, zamanında tanı ve tedavi imkanlarının sağlanması ve etkilenen topluluklardaki uyuz vakalarının sıklığının azaltılması mümkündür. Her üç hastalıkla ilgili müdahalelerin hayata geçirilmesi sürecinde, Suriyeli göçmenlerin ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı yerel halkın özgün gereksinimleri göz önünde bulundurulmalıdır. Yaklaşımların kültürel ve bağlamsal ihtiyaçlara göre şekillendirilmesi, toplumun katılımının sağlanması ve dil bariyerlerinin aşılması, başarılı sonuçlar elde etmek için kritik öneme sahiptir. Ayrıca, hastalık kontrolüne yönelik çabaların mevcut sağlık ve insani yardım programlarıyla eşgüdüm içinde yürütülmesi, iş birliği yapılması ve entegrasyonu, bu hastalıkların etkin bir şekilde önlenmesi, kontrol altına alınması ve yönetilmesi için hayati bir zorunluluktur (37). Bu bilgiler ışığında deprem sonrası hijyenik ortamların sağlanması konusunda gerekli hassasiyetin gösterilmesi hastalıklarla mücadelede büyük katkı sağlayacak ve ilaçların bu kadar önemli olduğu bir ortamda ilaç gerekliliğini en aza indirecektir.

Çalışmamızın bir diğer önemli bulgusu, depremden sonra birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları olan Aile Hekimlerinin ilaç reçeteleme pratiklerinde gözlenen kayda değer değişikliklerdir. Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde psikiyatrik ilaçların reçete edilme sıklığında olağanüstü bir artış (%73,6) belirlenmiştir. Akkaya ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmaya göre 6 Şubat 2023 depremi ile etkilenen bölgelerde yaşayan ya da daha önce deprem yaşamış olan kişilerin deprem korkusunu daha yoğun bir şekilde yaşadıkları için farklı fiziksel, duygusal ve psikolojik belirtiler gösterebilecekleri ve uyku sorunları yaşayabildikleri vurgulanmaktadır. Bununla beraber, bu çalışmanın bulguları farklı bir noktaya işaret etmektedir. Çalışmaya göre daha önce deprem deneyimi olmayan bireylerin uyku kalitesinin düşmesi ve uyku sorunlarının artması daha olası bir durum olarak görülmüştür (38). Akbaş ve arkadaşları tarafından yapılmış araştırmada ise; 6

Şubat'ta yaşanan deprem benzeri büyük çaplı afetlerin, toplumdaki psikolojik ve fiziksel yönelimleri önemli ölçüde etkilediğinden söz edilmektedir. Afetlerden sonra erken dönemdeki psikolojik belirtiler ise olağan olmayan bir olaya verilen olağan tepkiler olarak düşünülebilir. Bu bağlamda benzer travmalar sonrasında çok yoğun olumsuz duygular hissetmek beklenen bir durumdur. Travma sonrası erken dönemde, olay sanki yeniden oluyormuş gibi hissetme, tekrarlayan kötü içerikli rüyalar ve olayın geçmişe dönüşler şeklinde tekrarlayan görüntüleri gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Bu belirtilere kaygı, endişe, korku duyguları yanında çarpıntı ve nefes almada zorluk gibi fiziksel belirtiler de eşlik edebilir. Bu belirtiler var olan olumsuz duyguların şiddetlenmesine sebep olabilir aynı zamanda daha ciddi bir psikolojik sorun olduğu endişesine yol açabilir. Çalışmada, deprem kaygı düzeyinin, depremi yaşamış bireylerde depremi yaşamayanlara kıyasla daha çok olduğu gözlemlenmiştir. Daha önce yaşanmış bir deprem deneyiminin tekrar yaşanma kaygısını tetiklediği şeklinde sonuçlar elde edilmiştir (39). Bu durumda tekrar deprem yaşama kaygısı, daha önce deprem yaşayan kişilerde önceki kötü tecrübelerinin etkisiyle daha fazla iken daha önce deprem yaşamamış kişilerin ise deprem yaşayabilecekleri kaygısı nedeniyle uyku kalitelerinin düşmesi ve uyku sorunlarının artmasına sebep olduğu söylenebilir. Depremzede kişilerden bölgeden ayrılamayanlar ve sağlık sunumunda görevli aile hekimlerinin olumsuz koşullarda ve deprem kaygısı ile hizmete devam etme durumları hem kendileri hem aileleri için kaygı düzeylerinin fazlalığı psikiyatrik ilaç kullanımı ve ilaç reçetelemedeki artışları açıklayabilir.

Çalışmamızda NSAI ilaçlarda hem kullanımda hem reçetelemede belirgin yükselişler görülmüştür. Benzer şekilde Sepehri ve arkadaşları'nın yaptığı Bam şehrindeki bir araştırma 2003 depremi sonrasında; ilaç kullanımı ve en sık reçetelenen ilaçlar değerlendirildiğinde, solunum yolu ilaçlarının en sık reçete edildiğini (yüzde 81), ardından NSAI 'lerin (yüzde 63,8), antibakteriyellerin (yüzde 63,3) reçetelendiğini gösterdi. Bu çalışmanın sonuçları, Bam şehri genel pratisyenleri tarafından en sık reçete edilen ilaçların antibiyotikler (%37,4), sedatif/hipnotikler (%20,2), NSAI' ler (%13,7) olduğunu gösteren deprem öncesi verilerden farklıdır (36). Bu bulgular araştırmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Ağrı, kas-iskelet sistemi sorunları veya genel rahatsızlık hissi benzeri bedensel semptomlar, afetzedelerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve bu da NSAI ilaçlara olan talebi artırabilir. Diğer taraftan büyük yaralanmalar da NSAI ve diğer ağrı kesici türlerinin kullanım miktarını arttırabilmektedir.

Çalışmamızda antibiyotik reçetelerinde belirgin artış görülmüştür. Kurultak ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada enfeksiyonların, Ezilme sendromu' nda özellikle geç dönemde gerçekleşen mortaliteden sorumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Bu hastalar her türlü enfeksiyona açıktır. Bu çalışmada; erken dönemde ölü dokuların eşlik ettiği açık ve kirli yaraların bulunması, Ezilme Sendromu' nun yarattığı immünsupresif tablo, çoğu uygun koşullarda yapılmamış cerrahi girişimler, kateterizasyon, idrar sondası uygulaması, entübasyon; geç dönemde yoğun bakım izleminin uzaması, personelin artmış iş yükü nedeniyle yorgun/tükenmiş durumunda hastaya gerekli özeni gösterememesi gibi sebeplerin enfeksiyon gelişimini kolaylaştırabileceği vurgulanmıştır. Bu nedenle hastaların yaralarının hızlı şekilde temizlenmesi, ölü dokuların uzaklaştırılması, başlangıçta ampirik sonrasında kültür sonuçlarına göre spektrumu daraltılacak antibiyotik tedavileri ve tetanoz toksoidi rapel uygulaması gibi her hasta için uygun olan tedaviler ve yaklaşımların ivedilikle uygulanması gerektiği belirtilmiştir (40). Bu çalışmalarda ortaya çıkarılan bu bilgiler çalışmamızdaki antibiyotik reçeteleme artışını desteklemektedir. Yetersiz hijyen koşulları, stresin tetiklediği cilt reaksiyonları (örn., egzama, ürtiker) ve depremlle ilişkili akut ve kronik kas-iskelet sistemi ağrıları bu ilaçların kullanım ve reçeteleme artışları ile uyumlu bir tablo çizmektedir. Antibiyotik reçetelerindeki artış, kalabalık ve sağlıksız barınma ortamlarında artan bakteriyel enfeksiyon riskine karşı hekimlerin ampirik tedavi yaklaşımlarını yansıtabilir.

Çalışmamızda belirlenen göz ilaçlarındaki %30,2'lik reçeteleme artışı, Kahramanmaraş depremlerinin ardından bölgede yaygınlaşan çevresel faktörlere (toz, duman, enkaz partikülleri) ve hijyen koşullarındaki olası bozulmalara bağlı olarak gelişen konjonktivit ve diğer oküler enfeksiyonların artışıyla ilişkilendirilebilir. Benzer şekilde, stresin immün sistemi üzerindeki etkileri ve mevcut göz rahatsızlıklarının alevlenmesi de bu artışa katkıda bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda vertigo ilaçlarının reçetelenmesinde (%44,1) bir artış belirlenmiştir. Akbaş ve arkadaşları'nın çalışmasında elde edilen sonuca göre ise birçok depremedede baş dönmesi şikayeti gözlenmiştir. Yine bu çalışmada baş dönmesine sebep olan depremden kaynaklanan psikolojik stresin uygun yönetimi, disiplinler arası işbirliği, altta yatan bozukluğun tanılandırılması ve uygun danışmanlık ve tedavi yaklaşımı konusunda özenli bir yaklaşımın gerekliliğine dikkat çekilmektedir (39). Bu durumda, psikolojik stresin denge bozukluğuna neden olması olasıdır. Bununla beraber, denge bozukluğunun artçı depremlere tekrarlayan maruz kalmalardan kaynaklanabildiği ve sıklıkla yaşanan

fiziksel sarsıntının, yarım daire kanal sisteminin işleyişini doğrudan etkileyebildiği yönünde bir hipotez de vardır. Çalışmamızda belirlenen vertigo ilaçlarındaki reçeteleme artışının, depremin vestibüler sistem üzerindeki doğrudan etkileri ile birlikte, deprem sonrası gözlemlenen anksiyete ve stresin neden olabildiği baş dönmesi ve diğer denge sorunlarıyla ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda alerji ilaçlarında (%55,0) belirgin bir artış göze çarpmaktadır. Minouro ve arkadaşları tarafından Doğu Japonya depremi sonrasında yapılan çalışmada depremden hemen sonra gıda eleme diyetine devam etme konusunda zorluklar ile birlikte, bronşiyal astımı olan veya gıda alerjisi olan çocukların %14 'ünde astım atağı oluşabildiği sonucuna varılmıştır. Atopik dermatitin yanında gıda alerjisi olan kişilerin %60'ında egzama alevlenmesi gözlemlenmiştir. Atopik dermatitli çocukların neredeyse tüm velileri bu durumun depremden sonra düş imkânının olmamasından kaynaklandığı düşüncesinde olduklarını belirtmişlerdir (41). Çalışmamızda belirlenen alerji ilaçlarının kullanımındaki artış deprem sonrası bozulan hava kalitesi ve alerjenlere (küf, toz akarları vb.) artan maruziyet ile birlikte, stresin tetiklediği alerjik reaksiyonların şiddetlenmesiyle ve diyet uymadaki zorluklar ile açıklanabilir.

GÖRH ilaçlarının reçetelemesinde (%41,1) artış belirlenmiştir. Kusevic ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada dikkat çekici bir şekilde, depremden sonraki ilk iki hafta içinde gastrik ülserlerin %46,8'inde ve duodenum ülserlerinin %36,4'ünde kanama bildirilmiştir. Sonuç olarak, yaşanan bir deprem felaketinin sebep olduğu şiddetli stres, gastrik veya duodenal ülserlerinin özelliklerinin değişiminde etkili olmuş olabilir şeklinde görüş belirtilmiştir. Bu çalışmada etkilenen kişilerin depremden sonraki iki hafta içindeki gastrointestinal semptomları çoğunlukla karın ağrısı (%14,0), karın şişkinliği (%12,1), kabızlık (%10,3), mide ekşimesi (%8,6) ve bağırsak bozuklukları (%8,3) olmuştur. Gastrointestinal belirtiler gösteren 459 bireyin 384'ünde (%83,7) uyku bozuklukları da gözlemlenmiştir. Bu oran, kontrol grubundaki 19 vakayla (%24,4) karşılaştırıldığında, gastrointestinal semptomlarla uyku bozuklukları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları, sindirim sistemi belirtilerinin uyku bozukluklarıyla ilişkili olduğunu ve özellikle yorgunluk ile erken uyanmanın sindirim sistemi semptomlarını etkileyen önemli faktörler olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmadaki mide ağrısı, kabızlık ya da ishal ve mide bulantısı, gaz veya hazımsızlık gibi belirtilerin olası TSSB grubunda tespit edilmesi, gastrointestinal belirtilerin depremden sonra TSSB ' li çocuk ve ergenlerde daha yaygın olduğunu

düşündürmektedir. Tüm bu veriler ise, gastrointestinal klinik sunumların yaşanan depremlerden sonra birçok stres faktöründen nasıl etkilenebileceğinin göstergeleri olarak değerlendirilmiştir (34). Bu bulgular deprem sonrası düzensiz beslenme alışkanlıkları, artan stres seviyeleri ve yaşam koşullarındaki genel bozulmaların sindirim sistemi üzerindeki olumsuz etkilerini yansıtabilir.

Çalışmamızda takviye ilaçlarda reçeteleme artışı belirlenmiştir. Kasaoka ve arkadaşları Japonya’da yaptıkları bir çalışma sonucunda deprem sonrası gebe, emziren ve çocuk doğuran kadınlarda A, D ve B12 vitaminleri gibi vitamin eksiklikleri olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmada afetten sonra, bebekler, küçük çocuklar ve kadınların hemen bakıma alınmasının ve beslenme düzeylerini iyileştirmenin bir öncelik olması gerektiği şeklinde bir sonuca varılmıştır (42). Takviye ilaç kullanımındaki bu artışlar deprem bölgelerindeki sağlık profesyonellerinin ve dolayısıyla hastaların bağışıklık sistemini destekleme ve genel sağlıklarını koruma yönündeki artan farkındalığı ve talebi olarak yorumlanabilir. Çalışmamızda gözlemlenen takviye ilaç kullanımındaki yükseliş, bu tür bir güdüyü işaret ediyor olabilir. Özellikle hijyen standartlarının düştüğü ve stres seviyelerinin yükseldiği afet koşullarında, bireylerin enfeksiyon riskini azaltmak ve enerji düzeylerini korumak amacıyla vitamin ve mineral takviyelerine daha fazla ilgi göstermesi muhtemeldir.

Deprem anında bulunulan konum ve özellikle evin hasar durumu gibi faktörlerin, deprem sonrası semptom artışı üzerindeki istatistiksel olarak anlamlı etkisi afetin doğrudan fiziksel etkilerinin ötesinde, yaşam koşullarındaki ani ve olumsuz değişikliklerin ve kayıpların sağlık üzerindeki derin ve kalıcı izlerini açıkça ortaya koymaktadır (sırasıyla $p=0,026$ ve $p=0,008$). Evi orta veya ağır hasar gören ya da tamamen yıkılan katılımcıların tamamının deprem sonrası semptom artışı bildirmesi, güvenli barınma eksikliğinin ve geleceğe yönelik belirsizliğin yarattığı kronik stresin sağlık üzerindeki yıkıcı etkisini teyit etmektedir.

Çalışılan sağlık birimine göre ilaç reçeteleme pratiklerindeki anlamlı farklılıklar da (kronik hastalık ilaçları için $p=0,022$ ve psikiyatrik ilaçlar için $p=0,003$), afet sonrası farklı sağlık hizmeti sunum ortamlarının ve bu ortamlara başvuran hasta popülasyonlarının özgün ihtiyaçlarını yansıtmaktadır. Acil durum sağlık birimleri (çadır kentler, sahra hastaneleri, devlet ve üniversite hastaneleri), akut stres reaksiyonları, travma sonrası psikolojik sorunlar ve mevcut kronik hastalıkların akut alevlenmeleri gibi durumlarla daha sık

karşılaştığından, bu birimlerde çalışan hekimlerin psikiyatrik ve kronik hastalık ilaçlarını daha yüksek oranda reçetelemesi beklenebilir bir durumdur.

Çalışmamızda evin hasar durumu hasarsız/az hasarlı olanların daha az düzeyde Orta/ağır hasarlı/yıkık olanların ise tamamının deprem sonrası semptom artışı tespit etmiş olması istatistiki olarak anlamlıdır ($p=0,008$). Orta/ağır hasarlı/yıkık olanların ev kaybı, barınma konusundaki sorunları, maddi kayıpları ve sürekli güvensizlik hissi gibi faktörler, bu grup için belirti artışının neden bu kadar yaygın olduğunu açıklayabilir. Bu bulgu, ev kaybının ve barınma güvensizliğinin afet sonrası sağlık üzerindeki yıkıcı etkilerini göstermektedir.

Deprem sonrası ASM'de çalışanlar diğer yerlerde çalışanlara göre daha az semptom artışı bildirmişlerdir. Deprem anında diğer yerlerde bulunanların (%94,3) ve evde olanların (%93,3) benzer şekilde yüksek oranlarda semptom artışı bildirmesi, depremin sebep olduğu genel travmanın ve stresin yaygın etkisini göstermektedir. "Diğer yerler" kategorisinin genişliği (açık alanlar, araç içinde vb.) farklı stresörlere maruziyeti de içinde barındırdığından bu yüksek oran anlaşılır olabilir. İş yerinde olanların (%84,3) diğer gruplara göre daha düşük bir oranda semptom artışı bildirmesi ($p=0,026$), iş yerlerinin deprem sırasında nispeten daha güvenli yapılar olması, iş arkadaşlarının varlığıyla sosyal destek sağlanması veya işe odaklanmanın dikkati dağıtması gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir. Ancak, bu fark olsa da yüksek bir oranda semptom artışı göstermesi, iş yerinde olmanın da travmanın etkilerinden tam anlamıyla muafiyet sağlamadığını ortaya koymaktadır.

Birinci basamakta değişik uzmanlık kategorilerindeki hekimlerin NSAI reçetelemedeki farklı tutumları, deprem sonrası ortaya çıkan ağrı ve inflamasyon gibi durumları yönetme yönelimlerindeki farklılıklara işaret edebilir. Pratisyen hekimlerin, akut semptomları gidermek için NSAI' lere yerel saha faktörleri nedeniyle daha fazla başvurmuş olduğu, uzmanlık alanları daha spesifik olan AHU' ların ve asistanların daha sistematik tedavi yöntemleri izledikleri düşünülmektedir.

ASM' de çalışanların NSAI ilaçlarını yazmada daha az artış olduğunu bildirmeleri, diğer birimlerde çalışanların ise bu artışı daha fazla bildirmeleri, deprem sonrası acil durum birimlerinde ve geçici barınma alanlarında görev yapan aile hekimlerinin, depremle ilişkili travmalar, yaralanmalar ve stres kaynaklı kas-iskelet sistemi sorunları nedeniyle NSAI ilaçlarına daha fazla ihtiyaç duyulan bir hasta popülasyonuna hizmet verdiğini

düşündürmektedir. ASM' lerde ise daha stabil bir hasta popülasyonu ve farklı tedavi protokolleri uygulanıyor olabilir.

ASM' de çalışanlar psikiyatrik ilaçları yazmada diğer birimlere göre daha az artış olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum, deprem sonrası psikolojik travma, anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları gibi durumların, acil durum birimlerinde ve geçici barınma alanlarında daha yoğun yaşandığını ve bu nedenle bu birimlerde psikiyatrik ilaçlara olan ihtiyacın daha fazla olduğunu desteklemektedir. ASM' lerde de psikiyatrik sorunlarda artış olmakla birlikte, diğer birimlere kıyasla akut ve yoğun vakaların daha az olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgu, afet sonrası ruh sağlığı sorunlarının farklı sağlık hizmeti sunum ortamlarında farklı yoğunluklarda ortaya çıktığını ve buna uygun müdahale stratejilerinin geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Katılımcıların kendi ilaç kullanma alışkanlıklarındaki değişimlere bakıldığında, antibiyotik kullanımında %9,3'lük mütevazı bir artış gözlemlenmiştir. Sosyodemografik özellikler arasında takviye ilaçlarını yazma konusundaki değişim açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Hasarsız/az hasarlı evi bulunan aile hekimleri ağır hasarlı/orta hasarlı/yıkık evi bulunanlara göre daha az antibiyotik kullanmıştır, bu durum evin hasar durumuna göre küçük bir istatistik farklılık oluşturmuştur. Genel anlamda değerlendirildiğinde antibiyotik kullanımında çok fazla bir artış olmaması, Aile Hekimlerinin enfeksiyon riskinin arttığının farkında olmalarına rağmen, bilinçli ilaç kullanımı konusunda özenli davrandıklarını düşündürmektedir. Ancak, yine de kalabalık yaşam şartları, yetersiz hijyen koşulları, bağışıklıkta düşmeler ve enfeksiyonlarla karşılaşma olasılığının yükselmesi nedeniyle bir miktar artışın kaçınılmaz olduğu söylenebilir. GÖRH ilaçlarındaki %4,9'luk artış da benzer şekilde sınırlı kalmıştır, bu da Aile Hekimlerinin kendi semptomlarını yönetme konusunda daha dikkatli davrandıklarını veya semptomlarının reçeteleme gerektirecek düzeyde şiddetli olmadığını gösterebilir.

Çalışmamızdaki önemli bir başka konu ise, katılımcıların kendi psikiyatrik ilaç kullanımlarında %10,1'lik bir artışın görülmesidir. Kadın aile hekimlerinde psikiyatrik ilaç kullanma yüzdesi erkeklere göre oransal olarak daha fazladır. Aker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma deprem sonrasında, psikiyatrik hastalıklardan anksiyete bozukluğu, TSSB, depresyon benzeri hastalıkların diğer bireylere oranla kadınlarda daha çok görüldüğünü göstermektedir (43). Bu sonuç kadınların depremden psikiyatrik olarak daha fazla etkilendiği veya çocukları, aileleri için başka sorumlulukları olduğu için daha çok

kaygılı olabildikleri ile ilişkili olabilir. Diğer taraftan afet durumlarında kadın çalışanlara pozitif bir ayrımcılık gerekebileceği değerlendirilmelidir

Deprem sonrası evde kalanlar (%9,2 artış) ile karşılaştırdığımızda ev dışında bir yerde (konteyner, çadır, misafirhane vb.) kalanlarda psikiyatrik ilaç kullanımı (%44,4 artış) yönünden ezici bir fark bulunmaktadır. Bu bulgular, Kahramanmaraş depremlerinin yalnızca bölge halkının değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerini sunmakla yükümlü olan Aile Hekimlerinin de ruh sağlığı üzerinde önemli yükler oluşturduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Deprem gibi afet durumlarında sağlık profesyonellerinin de TSSB, anksiyete ve depresif belirtilerle başa çıkmak amacıyla psikiyatrik ilaç kullanımına başvurmuş olması, bu tür afet durumları sonrası ruh sağlığı destek programlarına verilmesi gereken önemi bir kez daha vurgulamaktadır. Takviye ilaçlarının kullanımındaki %16,7'lik artış ise, bağışıklık sistemini güçlendirme isteği, enerji seviyelerini artırma ve genel iyilik hallerini koruma yönündeki bireysel çabaları yansıtabilir.

Takviye ilaç kullanımına bakıldığında evde kalanların evde kalmayanlara göre daha az takviye ilaç kullanımında artış bildirmelerinin sebebinin kaygı düzeyi artışıyla ya da kötü yaşam koşulları ile karşı karşıya kalmanın neden olabileceği bağışıklığı destekleme ihtiyacı olabileceği düşünülebilir.

Evli olanların kronik hastalıklar için ilaç kullanımında daha az artış görülmesi, aileleri ile ilgili kaygı düzeylerinin yüksekliği veya başka sorumluluklarının olması nedeniyle kendi ilaç kullanımlarını ihmal etmelerine bağlanabilir.

Deprem sonrası ilk dönemlerde kronik hastalık ilaçlarını da içine alan birçok ilaç eczaneler aracılığıyla veya sağlık müdürlükleri tarafından reçeteleme olmaksızın ihtiyaca yönelik olarak sağlanmıştır. Bu durum reçeteleme oranlarında olması gerekenden daha az artış olmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri:

Bu çalışmanın temel güçlü yönleri, depremden etkilenen geniş bir coğrafi alandaki birinci basamak sağlık çalışanlarının deneyimlerini kapsamlı bir şekilde araştırması ve farklı Aile Hekimliği gruplarının (pratisyen, uzman, asistan) katılımıyla çok yönlü bir bakış açısı sunmasıdır. Nicel verilerin titizlikle analiz edilmesi ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin belirlenmesi, bulguların bilimsel geçerliliğini güçlendirmektedir. Ayrıca, çalışmanın deprem sonrası erken döneme odaklanması, afetin akut etkilerini ve sağlık sisteminin ilk tepkisini anlamak açısından kritik öneme sahiptir.

Bununla beraber, çalışmanın bazı sınırlamaları da bulunmaktadır. Bu çalışmada kullanılan kesitsel tasarım, gözlemlenen ilişkilerin nedensellik bağlarını tam olarak kurmayı engellemektedir. Veri toplama sürecinde, katılımcıların kendi beyanları esas alınmıştır. Bu durum, hatırlama yanlılığı, sosyal arzu edilebilirlik yanlılığı ve olası raporlama hatalarına sebep olabilir. İleriye dönük kohort çalışmaları veya uzun süreli izleme tasarımları, bu etkilerin zaman içindeki değişimlerini ve kalıcılığını daha iyi değerlendirebilir. Ayrıca, ilaç reçeteleme ve kullanımındaki artışın altında yatan spesifik tanısal kriterler, tedavi protokollerindeki değişiklikler ya da hastaların sağlık hizmetlerine erişim engelleri gibi faktörleri daha derinlemesine incelemek için nitel türde araştırmalar (örneğin, odak grup görüşmeleri, derinlemesine mülakatlar) ve sağlık kayıtlarının retrospektif olarak analizi gibi ek metodolojik yaklaşımlar faydalı olabilecektir. Çalışmamızın örneklem büyüklüğü ve coğrafi dağılımı, sonuçların tüm depremzede sağlık çalışanlarına genellenebilmesi konusunda bazı sınırlamalar yaratabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, bu araştırma, 2023 Kahramanmaraş depremlerinin bölgedeki birinci basamak sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri sunan fedakâr Aile Hekimlerinin üzerinde derin, yaygın ve karmaşık etkileri olduğunu açıkça ortaya koymuştur. Deprem sonrası artan fiziksel ve psikolojik semptomlar, bulaşıcı hastalıkların ve kronik hastalıkların alevlenmesi, değişen ilaç reçeteleme pratikleri ve sağlık çalışanlarının kendi sağlık durumlarındaki olumsuz değişimler, afetlerin sağlık sistemine yönelik çok yönlü zorluklarını ve sağlık çalışanlarının karşılaştığı olağanüstü insani ve profesyonel yükü çarpıcı bir şekilde göstermektedir. Özellikle psikiyatrik ilaçlardaki belirgin ve yaygın artış, afet sonrası ruh sağlığı krizine yönelik acil ve uzun vadeli müdahale stratejilerinin geliştirilmesinin hayati önem taşıdığını vurgulamaktadır.

Bu kapsamlı bulgular ışığında, afet yönetimi, sağlık politikaları ve gelecekteki araştırmalar için daha spesifik ve uygulanabilir öneriler sunulabilir:

- **Kademeli ve Çok Disiplinli Ruh Sağlığı Müdahale Planları:** Afet sonrası ruh sağlığı sorunlarının akut, subakut ve kronik fazları dikkate alınarak, psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve birinci basamak hekimlerini içeren çok disiplinli ruh sağlığı müdahale ekipleri oluşturulmalı ve bu ekiplerin koordineli çalışması sağlanmalıdır. Erken psikolojik destek, travma odaklı psikoterapiler ve farmakolojik tedavileri içeren kanıta dayalı müdahaleler yaygınlaştırılmalıdır (44).
- **Güçlendirilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri:** Afet sonrası artan sağlık talebini karşılamak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapasitesi artırılmalı, personel sayısı güçlendirilmeli ve gerekli tıbbi malzeme ve ilaç stokları güvence altına alınmalıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşu olan ASM'lerin deprem ya da başka bir afet sonrası hizmet sunumuna devam edebilmesi için sağlam yapılar halinde planlanması, aile hekimlerinin afet yönetimi ve psikolojik travma konusunda özel eğitimler alması sağlanmalıdır (44).
- **Halk Sağlığı İzleme ve Erken Uyarı Sistemleri:** Afet sonrası bulaşıcı hastalık salgınlarını önlemek ve erken tespit etmek için aktif halk sağlığı sürveyans sistemleri kurulmalı ve güçlendirilmelidir. Su ve sanitasyonun iyileştirilmesi, hijyen eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve aşı kampanyalarının düzenlenmesi gibi önleyici halk sağlığı tedbirleri önceliklendirilmelidir (44).

- **Sağlık Çalışanlarının İyilik Halinin Desteklenmesi:** Afet bölgesinde görev yapan sağlık çalışanlarının tükenmişlik (burnout), ikincil travma ve stresle başa çıkmalarına yardımcı olacak yapılandırılmış destek programları (süpervizyon, akran desteği, psikolojik danışmanlık) düzenli olarak sunulmalıdır. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi, yeterli dinlenme sürelerinin sağlanması ve duygusal destek kaynaklarına erişimin kolaylaştırılması kritik öneme sahiptir. Çalışanlar ve aileleri için geçici konut benzeri yerler sağlanması, güvenli çalışma alanları veya diğer gıda vb. gibi ihtiyaçlarının öncelikli olarak giderilmesi kaygı düzeylerini azaltacak ve sağlık sunumundaki iyileştirmelere katkıda bulunabilecektir (44).
- **Veriye Dayalı Afet Yönetimi ve Araştırma Altyapısı:** Gelecekteki afetlere daha iyi hazırlanmak ve müdahale stratejilerini geliştirmek için afetlerle ilgili sağlık verilerinin sistematik olarak toplanması, analiz edilmesi ve paylaşılmasına yönelik ulusal bir altyapı oluşturulmalıdır. Bu çalışma gibi araştırmaların sonuçları, politika yapıcılar ve uygulayıcılar için önemli kanıtlar sunmaktadır. Afetlerin uzun vadeli sağlık etkilerini (fiziksel ve ruhsal) inceleyen uzunlamasına araştırmalar teşvik edilmelidir (44).

Gelecekteki araştırmalar, bu çalışmanın bulgularını daha derinlemesine inceleyebilir, farklı demografik gruplardaki (yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey) sağlık çalışanlarının deneyimlerini karşılaştırabilir ve uygulanan psikososyal ve farmakolojik müdahale programlarının etkinliğini titizlikle değerlendirebilir. Ayrıca, afet sonrası sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, güçlendirilmesi ve gelecekteki afetlere karşı daha dirençli hale getirilmesi için uzun vadeli stratejiler geliştirmeye odaklanan transdisipliner araştırmalar da büyük önem taşımaktadır. Bu tür araştırmalar, sadece Türkiye için değil, benzer afet riskleri taşıyan diğer ülkeler için de değerli bilgiler sunabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Karaman DZT, Altay DA. Bütünleşik Afet Yönetimi.
2. Kanamori H, Brodsky EE. The physics of earthquakes. Rep Prog Phys. 01 Ağustos 2004;67(8):1429-96.
3. Özgölet BM, Utkucu M. Deprem Yıkıcı Etkisiyle Başa Çıkmada Etkili Olan Etkenler. acperpro. 06 Kasım 2021;4(2):89-98.
4. Nagata K, Tateishi S, Mori K. A literature review of the health effects of workers responding to the Great East Japan Earthquake. EOH-P. 2020;2(1):n/a.
5. Dai W, Chen L, Lai Z, Li Y, Wang J, Liu A. The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes:a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. Aralık 2016;16(1):188.
6. Bhujar GB, Kafle KK, Prasad RR, Rajbhandari V, Dc GB, Karkee SB, vd. Pattern of Medicine Prescribing in PHC Facilities before and after earthquake in Nepal. Med J Shree Birendra Hosp. 02 Şubat 2021;20(1):41-5.
7. Afet ve Acil Durum Yönetmeliği. AFAD. 2023.
8. Özçelik E, Özçelik M, Afet Lojistiği Üzerine Kavramsal Bir İnceleme.
9. Adil E, Aile Hekimliği Araştırma Görevlilerinin Afet Yönetimindeki Rollerine İlişkin Farkındalıkları ve Afetlere Hazır Bulunuşlukları.
10. Şahan C. Türkiye Özelinde Doğa Kaynaklı Afetlere Yönelik Bir Araştırma. 19 Mayıs 2024 [a.yer 11 Mart 2025]; Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.48146/odusobiad.1176360>
11. www.deprem.gov.tr.
12. Aytis S. Deprem Kavramı, Etkileri ve 6 Şubat 2023 Depremleri Bağlamında Süreçler Üzerinden Bütünsel Değerlendirmeler. MBUD. 15 Ağustos 2023;549-66.
13. Biçakçı N, Karakayalı O. Depremler ve Medikal Etkileri. Anatolian Journal of Emergency Medicine. 30 Aralık 2022;5(4):203-8.
14. Dikici M, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu A, Yarış F, Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. 2007;

15. İlğün G, Şahin B. Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi.
16. Aydın B, Gelal A. Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü.
17. Beggi B, Aşık Z. Evaluation of Rational Drug Use in Patients Applying to Family Medicine Outpatient Clinic. Ankara Medical Journal [İnternet]. 28 Haziran 2019 [a.yer 09 Mart 2025]; Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17098/amj.582021>
18. Maxwell S, Rational prescribing: the principles of drug selection , Clinical Medicine 2016 Vol 16, No 5: 459–64
19. Sharifnia S, Mohammadzadeh M, Arzani G, Salamzadeh J, Abolfazli S, Zali A, Main Factors Affecting Physicians' Prescribing Decisions: The Iranian Experience
20. Turnheim K. When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. Experimental Gerontology. Ağustos 2003;38(8):843-53.
21. Swarbrick J, Augsburger L, Brittain H, Dressman J, Hickey A, Hughes J, pharmacogenomics-2nd-edition-tyndale-meyer-and-kalow.
22. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, vd. Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting.
23. Harry TC. Sexual-health services for women in developing countries. The Lancet. Nisan 1997;349(9059):1180.
24. Gedde MH, Husebo BS, Mannseth J, Naik M, Selbaek G, Vislapuu M, vd. The impact of medication reviews by general practitioners on psychotropic drug use and behavioral and psychological symptoms in home-dwelling people with dementia: results from the multicomponent cluster randomized controlled LIVE@Home.Path trial. BMC Med. Aralık 2022;20(1):186.
25. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russell I, Hurwitz B, Watt I, vd. Developing and implementing clinical practice guidelines. Quality and Safety in Health Care. 01 Mart 1995;4(1):55-64.
26. Grabowski HG. Health reform and pharmaceutical innovation. Washington, D.C: AEI Press; 1994. 41 s. (AEI special studies in health reform).

27. Agich GJ, Forster H. Conflicts of Interest and Management in Managed Care. *Camb Q Healthc Ethics*. Nisan 2000;9(2):189-204.
28. Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift?: *Obstetrical & Gynecological Survey*. Ağustos 2000;55(8):483-4.
29. Lexchin J. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ*. 29 Mayıs 2003;326(7400):1167-70.
30. Huskamp HA, Deverka PA, Epstein AM, Epstein RS, McGuigan KA, Frank RG. The Effect of Incentive-Based Formularies on Prescription-Drug Utilization and Spending. *N Engl J Med*. 04 Aralık 2003;349(23):2224-32.
31. Sekhri NK. Managed care: the US experience. *Health Systems*.
32. Yusuff KB, Makhoul AM, Ibrahim MI. Community pharmacists' management of minor ailments in developing countries: A systematic review of types, recommendations, information gathering and counselling practices. *Int J Clin Pract* [Internet]. Ekim 2021 [a.yer 29 Mart 2025];75(10). Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.14424>
33. Chiu TY, Hu WY, Lue BH, Chen CY, Hsieh BS. Effects of a Major Earthquake on The Status of Pre-Existing Physical Illness And Levels of Psychosocial Distress in Community Inhabitants. *J Formos Med Assoc*. 2002;101(5).
34. Kusevic Z, Krstanovic K, Kroflin K. Some Psychological, Gastrointestinal and Cardiovascular Consequences of Earthquakes.
35. Sepehri G, Haj-Akbari N, Sepehri E, Mohsen-Beigi M. The quality of prescription drug utilization five years after the 2003 Bam earthquake. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 31 Ağustos 2012;25(7):582-91.
36. Sehlikoğlu Ş, Yılmaz Karaman IG, Yastıbaş Kaçar C, Canakci ME. Earthquake and mental health of healthcare workers: A systematic review. *J Clin Psy*. 2023;26(4):309-18.
37. Tunalı V, Harman M, Özbilgin A. Investigation of Malaria, Leishmaniasis, and Scabies Risk after Earthquakes and Recommendations for Prevention. *Türkiye Parazitol Derg*. 27 Aralık 2023;47(4):249-55.

38. Akkaya M, Dursun A. Earthquake fear, sleep quality and intolerance of uncertainty: A Study of adults with earthquake experience. J Clin Psy. 2025;28(1):59-70.
39. Akbaş E, Koçyiğit A, Erdem EU. Depremzedelerde Vestibüler Etkilenimin, Emosyonel Durumun ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 30 Aralık 2024;(24):1175-85.
40. Kurultak İ. Deprem yaralanmalı erişkin hastada ezilme (crush) sendromu. Totbid Dergisi. 01 Mayıs 2022;21(3):294-303.
41. Minoura K, Hirano S, Yamada T, Identification and possible recurrence of an oversized tsunami on the Pacific coast of northern Japan.
42. Tsuboyama-Kasaoka N, Mcn MBP. Nutrition and earthquakes: Experience and recommendations.
43. Aker T. 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme.
44. Gökçay G, Gümüşsoy S, Afetlere Multidisipliner Yaklaşımlar 1

9. TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Genel pratisyen/aile hekiminin çekirdek yeterlikleri	24
Tablo 2. Aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin çekirdek yeterliklerinin açıklamaları	24
Tablo 1. Çalışmaya alınan katılımcıların illeri	37
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	38
Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık durumu	39
Tablo 4. Katılımcıların ilaç kullanma durumu.....	39
Tablo 5. Katılımcıların deprem ile ilgili özellikleri	40
Tablo 6. Katılımcıların deprem sonrasında semptomlarda artış tespit etme durumları	41
Tablo 7. Katılımcıların deprem sonrasında hastalıklarda artış tespit etme durumları	42
Tablo 8. Katılımcıların deprem sonrasında ilaç reçete etme durumundaki değişim.....	43
Tablo 9. Katılımcıların deprem sonrasında kendi ilaç kullanma durumundaki değişim	44
Tablo 10. Sosyodemografik özelliklere göre deprem sonrası semptom artışı tespit etme durumunun karşılaştırılması	46
Tablo 11. Sosyodemografik özelliklere göre deprem sonrası hastalık artışı tespit etme durumunun karşılaştırılması	47
Tablo 12. Sosyodemografik özelliklere göre kronik hastalık ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması	48
Tablo 13. Sosyodemografik özelliklere göre NSAİ ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması.....	50
Tablo 14. Sosyodemografik özelliklere göre psikiyatrik ilaçları yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması	51
Tablo 15. Sosyodemografik özelliklere göre dermatolojik ilaçları yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması	52
Tablo 16. Sosyodemografik özelliklere göre antibiyotikleri yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması.....	54
Tablo 17. Sosyodemografik özelliklere göre inhaler ilaçları yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması.....	55
Tablo 18. Sosyodemografik özelliklere göre ÜSYE ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması	56

Tablo 19. Sosyodemografik özelliklere göre göz ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması.....	58
Tablo 20. Sosyodemografik özelliklere göre vertigo ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması	59
Tablo 21. Sosyodemografik özelliklere göre alerji ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması.....	60
Tablo 22. Sosyodemografik özelliklere göre GÖRH ilaçlarını yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması	62
Tablo 23. Sosyodemografik özelliklere göre takviye ilaçları yazma konusundaki değişimin karşılaştırılması.....	63
Tablo 24. Sosyodemografik özelliklere göre antibiyotik kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması.....	64
Tablo 25. Sosyodemografik özelliklere göre GÖRH kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması.....	65
Tablo 26. Sosyodemografik özelliklere göre psikiyatrik ilaç kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması	67
Tablo 27. Sosyodemografik özelliklere göre takviye ilaç kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması.....	69
Tablo 28. Sosyodemografik özelliklere göre kronik hastalık ilaç kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması	71
Tablo 29. Sosyodemografik özelliklere göre NSAİ kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması.....	72
Tablo 30. Sosyodemografik özelliklere göre cildiye ilaçları kullanma konusundaki değişimin karşılaştırılması	73
Tablo 31. Semptom ve hastalık artış varlığına göre yaş, çalışma süresi ve deprem sonrası çalışmaya başlama süresinin karşılaştırılması	74
Tablo 32. İlaç yazma konusundaki değişime göre yaş, çalışma süresi ve deprem sonrası çalışmaya başlama süresinin karşılaştırılması	76
Tablo 33. İlaç kullanma konusundaki değişime göre yaş, çalışma süresi ve deprem sonrası çalışmaya başlama süresinin karşılaştırılması	77

10. ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Afetler	6
Şekil 2. Risk yönetimi	7
Şekil 1. Çalışmaya alınan katılımcıların illeri	37
Şekil 2. Katılımcıların deprem sonrasında ilaç reçete etme durumundaki değişim	43
Şekil 3. Katılımcıların deprem sonrasında kendi ilaç kullanma durumundaki değişim.....	45

