



**T.C.**

**KAHRAMANMARAŞ ST İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**KAHRAMANMARAŞ 6 ŞUBAT DEPREMİ SONRASI  
BÖLGEDE YAŞAYAN VE KRONİK HASTALIĞI OLAN  
BİREYLERİN HASTALIKLARI AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Burcu KURŞUNCU**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Celal KUŞ**

**KAHRAMANMARAŞ-2024**



**T.C.**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**KAHRAMANMARAŞ 6 ŞUBAT DEPREMİ SONRASI  
BÖLGEDE YAŞAYAN VE KRONİK HASTALIĞI OLAN  
BİREYLERİN HASTALIKLARI AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Burcu KURŞUNCU**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Celal KUŞ**

**KAHRAMANMARAŞ-2024**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım tez hocam Doç. Dr. Celal KUŞ' a,

Asistanlığa başladığım andan itibaren desteğini hissettiğim, her sorunumda fikrine ve tecrübelerine ihtiyaç duyduğum, üzerimde emeği büyük olan çok sevgili hocam Doç. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM' a ve eğitimimin son yarısında bilgi ve deneyimlerinden faydalanma fırsatı bulduğum değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ALACALI' ya,

Tez sürecimde desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Dr. Nafiye ZENGİN GENÇ' e ve asistanlık sürecimi daha keyifli geçirmemi sağlayan tüm bölüm arkadaşlarıma,

Tez sürecimde olduğu gibi karşılaştığım her zorlukta yanımda olan, sabrı ve enerjisiyle motivasyonumu artıran, birlikte keşfetmekten keyif aldığım en iyi dostum, yol arkadaşım, değerli eşim Furkan KURŞUNCU' ya,

Bana kendimi bu kadar özel hissettiren, her zaman arkamda duran, bugünlere gelmemde emeklerine minnettar olduğum canım annem ve canım abime sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

AĞUSTOS 2024

Dr. Burcu KURŞUNCU

**KAHRAMANMARAŞ 6 ŞUBAT DEPREMİ SONRASI BÖLGEDE YAŞAYAN  
VE KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HASTALIKLARI AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Tıpta Uzmanlık Tezi)**

**Dr. Burcu KURŞUNCU**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AĞUSTOS-2024**

**ÖZET**

**Amaç:** Kahramanmaraş 6 Şubat depreminden sonra kronik hastalığa sahip olan bireylerin ilaçlarına erişmekte ve sağlık hizmetine ulaşmakta zorlandığı öngörülmektedir. Sistemlere erişilememesi, yaşanan teknik problemler, binaların yıkılması sebebiyle özellikle depremde sonra ilk haftalarda doğru ilaçların doğru dozlarda kullanılmadığı varsayılmaktadır. Tedavinin aksaması sebebiyle kronik hastalıkların seyri değişmekle birlikte komplikasyonlarında artacağı ön görülebilir bir sorun teşkil etmektedir. Bu çalışmamızda amacımız bir doğal afet durumunda kronik hastalığa sahip bireylerin bu durumdan hangi ölçüde etkilendiği, ilaçlarını düzenli kullanmaya devam etme düzeyinin ve mevcut durumda komplikasyon veya hastaneye yatış gerektiren bir unsur oluşup oluşmadığının değerlendirilmesi olup olası afetler için bu bireylerin en az etkileneceği stratejiler oluşturulmasına katkı sağlamaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmamız analitik-kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışma 1 Eylül 2023 ve 1 Mart 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden, Kahramanmaraş depreminden etkilenmiş, 18 yaş üstü kronik hastalığa sahip 400 katılımcıya yüz yüze görüşme yöntemi ve dijital ortamda paylaşılan link ile anket uygulanmıştır. Ancak anket sorularına verilen uyumsuz cevaplar nedeniyle 15 katılımcı çalışma dışı bırakılarak toplamda 385 katılımcının verileri incelenmiştir. Anket toplamda 62 sorudan oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde sosyodemografik verileri değerlendirmek için 11 soru, ikinci bölümünde deprem sürecini sorgulamak üzere 20 soru hazırlanmıştır. Son bölüm ise 6 soruluk Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği, 25

soruluk KHUÖ (Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği) kullanılarak hazırlanmıştır. Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamıza dahil edilme kriterlerine uyan 218'i (%56,62) kadın ve 167'si (%43,38) erkek olmak üzere toplam 385 hasta dahil edilmiş olup yaş ortalamaları  $47,65 \pm 14,59$  (min=16-maks=82) yıldır. Çalışmaya dahil edilen hastaların kronik hastalıkları incelendiğinde %46,75'inde diabetes mellitus, %31,69'unda hipertansiyon görülmüş olup bu hastalıklar en sık görülen hastalık gruplarını oluşturmuştur. Hastaların %15,32'si ilaçların en fazla %30'unu kullanmamış ve %60,52'si ise %30'undan fazlasını kullanamamıştır. Katılımcıların %73,77'si deprem döneminde ilaçlarını temin etmekte güçlük yaşamış iken %6,49'u deprem döneminde ekonomik sıkıntılardan dolayı ilaç alamamıştır ve %7,53'ü deprem sürecinde tedaviden fayda görmediğini düşünerek ilaçlarını kullanmayı bırakmıştır. Hastaların %59,74'ü depremden sonra ilk olarak ilacını sahra eczanesinden almış, %5,97'si yakınlarının ilacından kullanmış, %21,56'sı evindeki eski ilaçlara ulaşmış, %9,61'i çevre illerden temin etmiş ve %3,12'si ise ilacını temin edememiştir. Hastaların %70,13'ü ilaçlarını temin ettikten sonra düzenli ve doğru şekilde kullanmış iken %68,05'i deprem sonrası kronik hastalığı nedeniyle hastaneye başvurmuş ve %23,64'ü hastaneye yatmış olup %16,10'u depremden itibaren kronik hastalığı sebebiyle komplikasyon yaşamıştır. Depremde mal kaybı yaşayanların düşük motivasyon olma oranı (%32,37) mal kaybı olmayanların oranından (%14,23) anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0,001$ ). Depremde mal kaybı yaşayanların düşük bilgili olma oranı (%17,27) mal kaybı olmayanların oranından (%6,91) anlamlı şekilde yüksektir ( $p = 0,002$ ). Depremde yakın kaybı yaşayanların düşük bilgili olma oranı (%16,87) yakın kaybı olmayanların oranından (%8,94) anlamlı şekilde yüksektir ( $p = 0,038$ ). Çalışmamızda kullandığımız KHUÖ' nün fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum puanı ile Modifiye Morisky Ölçeğinin motivasyon ve bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür.

**Sonuç:** Depremden önce katılımcılar yüksek oranda izlem yaptırmakta ve düzenli ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların çoğu deprem döneminde ilaçlarını temin etmekte güçlük çekmiş ve yine birçoğu ilaçlarını ilk olarak sahra eczanesinden temin etmiştir. Katılımcıların önemli bir kısmının depremden sonra kronik hastalıkları sebebiyle hastaneye yatış ve komplikasyon geçirme öyküsüne sahip olduğu görülmüştür. Depremde mal/can kaybı yaşayan veya kendisi/yakını hastaneye yatış gerektirecek ciddi

yaralanmaya sahip olan katılımcıların kronik hastalıklarına ait fiziksel, sosyal ve psikolojik uyumlarını kaybettikleri görülmüştür. Yine depremde mal kaybı yaşayan katılımcıların motivasyonunun da düşük olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler** : Doğal Afet, Deprem, Kronik Hastalık, Kronik Hastalıklara Uyum

**Sayfa Numarası** : 88

**Danışman** : Doç. Dr. Celal KUŞ



**EVALUATION OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES LIVING IN  
THE REGION AFTER KAHRAMANMARAŞ FEBRUARY 6 EARTHQUAKE  
IN TERMS OF THEIR DISEASES**

**(Medical Specialization Thesis)**

**Dr. Burcu KURŞUNCU**

**KAHRAMANMARAS SUTCU IMAM UNIVERSITY**

**MEDICAL SCHOOL**

**AUGUST-2024**

**ABSTRACT**

**Purpose:**It is predicted that after the Kahramanmaraş February 6 earthquake, individuals with chronic diseases have difficulty in accessing their medications and accessing healthcare services. It is assumed that the correct medications could not be used in the correct doses, especially in the first weeks after the earthquake, due to inaccessibility of systems, technical problems, and collapse of buildings. Although the course of chronic diseases changes due to interruption of treatment, it is a foreseeable problem that complications will also increase. Our aim in this study is to evaluate to what extent individuals with chronic diseases are affected by this situation in the event of a natural disaster, the level of regular use of their medications, and whether there is a complication or an element that requires hospitalization in the current situation, and to contribute to the creation of strategies that will minimize the impact of these individuals on possible disasters.

**Materials and Methods:** Our research is an analytical-cross-sectional study. This study was conducted between September 1, 2023 and March 1, 2024. A survey was administered to 400 participants who agreed to participate in the study, were affected by the Kahramanmaraş earthquake, and had chronic diseases over the age of 18, using a face-to-face interview method and a link shared in the digital environment. However, due to incompatible answers to the survey questions, 15 participants were excluded from the study and the data of a total of 385 participants were examined. The survey consists of 62 questions in total. In the first part of the survey, 11 questions were

prepared to evaluate sociodemographic data, and in the second part, 20 questions were prepared to question the earthquake process. The last part was prepared using the 6-question Turkish Modified Morisky Scale and the 25-question KHUS (Adaptation to Chronic Diseases Scale). Analyses were evaluated in SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 package program.

**Results:** A total of 385 patients, 218 (56.62%) female and 167 (43.38%) male, who met the inclusion criteria were included in our study, with an average age of  $47.65 \pm 14.59$  (min=16- max=82) years. When the chronic diseases of the patients included in the study were examined, 46.75% had diabetes mellitus and 31.69% had hypertension, and these diseases constituted the most common disease groups. 15.32% of the patients did not use at most 30% of the drugs and 60.52% could not use more than 30%. While 73.77% of the participants had difficulty in obtaining their medicines during the earthquake, 6.49% could not buy medicines due to economic difficulties during the earthquake, and 7.53% stopped using their medicines, thinking that they did not benefit from the treatment during the earthquake. After the earthquake, 59.74% of the patients first bought their medicine from a field pharmacy, 5.97% used their relatives' medicine, 21.56% found old medicines at home, 9.61% obtained them from surrounding provinces and 3.12% of them could not obtain their medicine. While 70.13% of the patients used their medications regularly and correctly after obtaining them, 68.05% were admitted to the hospital due to chronic disease after the earthquake, 23.64% were hospitalized and 16.10% had chronic disease since the earthquake. He experienced complications due to The low motivation rate of those who lost property in the earthquake (32.37%) is significantly higher than the rate of those who did not lose property (14.23%) ( $p < 0.001$ ). The low knowledge rate of those who lost property in the earthquake (17.27%) is significantly higher than the rate of those who did not lose property (6.91%) ( $p = 0.002$ ). The low knowledge rate of those who lost a loved one in the earthquake (16.87%) is significantly higher than the rate of those who did not lose a loved one (8.94%) ( $p = 0.038$ ). A significant positive correlation was observed between the physical adaptation, social adaptation and psychological adaptation scores of the HSRS, which we used in our study, and the motivation and knowledge scores of the Modified Morisky Scale.

**Conclusion:** Before the earthquake, the participants had a high rate of monitoring and used regular medication. Most of the participants had difficulty obtaining their



medications during the earthquake, and many of them first obtained their medications from the field pharmacy. It was observed that a significant portion of the participants had a history of hospitalization and complications due to chronic diseases after the earthquake. It was observed that the participants who lost property/life in the earthquake or had serious injuries requiring hospitalization for themselves/relatives lost their physical, social and psychological adaptation to their chronic diseases. It was also determined that the motivation of the participants who lost property in the earthquake was low.

**Keywords** : Natural Disaster, Earthquake, Chronic Disease, Adaptation to Chronic Diseases  
**Number of Pages** : 88  
**Advisor** : Doç. Dr. Celal KUŞ

## İÇİNDEKİLER

|                                                        |      |
|--------------------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR.....                                          | i    |
| ÖZET .....                                             | ii   |
| ABSTRACT.....                                          | v    |
| İÇİNDEKİLER .....                                      | viii |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....                                  | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                | 4    |
| 2.1. Afet Kavramı ve Sınıflandırılması .....           | 4    |
| 2.2. Deprem Kavramı ve Türkiye'deki Depremler .....    | 5    |
| 2.2.1. Deprem kavramı ile ilgili tanımlar .....        | 5    |
| 2.2.2. Türkiye ve deprem.....                          | 6    |
| 2.3. Deprem Etkileri .....                             | 7    |
| 2.3.1. Deprem sağlık üzerine etkileri .....            | 7    |
| 2.3.2. Deprem sosyolojik etkileri .....                | 8    |
| 2.3.3. Deprem ekonomik etkileri.....                   | 9    |
| 2.4. Kronik Hastalıklar .....                          | 9    |
| 2.4.1. Kronik hastalık tanımı ve önemi .....           | 9    |
| 2.4.2. Diyabetes mellitus .....                        | 10   |
| 2.4.2.1. Diyabet tanımı .....                          | 10   |
| 2.4.2.2. Diyabet tanı kriterleri .....                 | 11   |
| 2.4.2.3. Diyabet semptomları .....                     | 12   |
| 2.4.2.4. Tarama endikasyonları ve tarama testleri..... | 12   |
| 2.4.2.5. Diyabetin medikal tedavisi .....              | 13   |
| 2.4.3. Hipertansiyon (HT) .....                        | 16   |
| 2.4.3.1. Hipertansiyon tanımı .....                    | 16   |
| 2.4.3.2. Hipertansiyon tanı kriterleri .....           | 16   |
| 2.4.3.3. Hipertansif hastada laboratuvar .....         | 17   |
| 2.4.3.4. Hipertansiyon tedavisi .....                  | 17   |

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 2.4.4. Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH).....          | 18 |
| 2.4.4.1. KOAH tanımı .....                                      | 18 |
| 2.4.4.2. KOAH tanı kriterleri .....                             | 18 |
| 2.4.4.3. KOAH klinik semptomları .....                          | 20 |
| 2.4.4.4. KOAH tedavisi .....                                    | 20 |
| 2.4.5. Astım .....                                              | 21 |
| 2.4.5.1. Astım tanımı .....                                     | 21 |
| 2.4.5.2. Astım tanı kriterleri .....                            | 21 |
| 2.4.5.3. Astım tedavisi.....                                    | 21 |
| 2.4.6. Koroner arter hastalığı (KAH) .....                      | 22 |
| 2.4.6.1. KAH tanımı ve risk faktörleri .....                    | 22 |
| 2.4.6.2. KAH tanısı.....                                        | 22 |
| 2.4.6.3. KAH tedavisi.....                                      | 23 |
| 2.4.7. Hiperlipidemi (HPL) .....                                | 24 |
| 2.4.7.1. HPL tanımı .....                                       | 24 |
| 2.4.7.2. HPL tanısı ve toplam kardiyovasküler risk tanımı ..... | 24 |
| 2.4.7.3. HPL tedavisi .....                                     | 25 |
| 2.4.8. Stroke (İnme).....                                       | 26 |
| 2.4.8.1. Stroke tanımı .....                                    | 26 |
| 2.4.8.2. Stroke tanısı .....                                    | 26 |
| 2.4.8.3. Stroke tedavisi .....                                  | 26 |
| 2.4.9. Tiroid bozuklukları.....                                 | 26 |
| 2.4.9.1. Hipotiroidi tanım, tanı ve tedavisi .....              | 26 |
| 2.4.9.2. Hipertiroidi tanım, tanı ve tedavisi .....             | 27 |
| 2.4.10. Kronik böbrek hastalığı (KBH).....                      | 28 |
| 2.4.10.1. KBH tanımı ve tanısı .....                            | 28 |
| 2.4.10.2. KBY tedavisi .....                                    | 28 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                                         | 30 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı .....                          | 30 |

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| 3.2. Etik Kurul Onayı .....                 | 30 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ..... | 31 |
| 3.4. Verilerin Toplanması.....              | 31 |
| 3.5. İstatistiksel analiz .....             | 32 |
| 4. BULGULAR.....                            | 33 |
| 5. TARTIŞMA .....                           | 49 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....                   | 70 |
| 7. KAYNAKÇA.....                            | 72 |
| 8. TABLOLAR DİZİNİ.....                     | 82 |
| 9. EKLER DİZİNİ .....                       | 83 |
| 10. EKLER.....                              | 84 |

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Deprem; tektonik kuvvetlerin etkisiyle yer kabuğunun kırılması sonucu oluşan enerjinin dalgalar şeklinde yayılarak yeryüzünü kuvvetle sarsması olayına denmektedir (1). Jeolojik ve topografik yapısından kaynaklı Türkiye, sıklıkla doğal afetlere maruz kalan bir bölgede konumlanmaktadır (2).

Afetin olumsuz etkilerini azaltmak için afete karşı etkili hazırlık ve afet sonrası etkili müdahale çok önemlidir. İlk haftalarda depreme bağlı yaralanmalar ve buna bağlı sağlık hizmeti ihtiyacı yoğunluktadır. İlk birkaç haftadan sonra deprem nedeniyle yaralananların bakım ihtiyacının devam etmesinin yanı sıra rutin sağlık ihtiyaçları yeniden gündeme gelmektedir. Uzun vadede sağlık ihtiyaçları rehabilitasyon, ruh sağlığı ve kronik sağlık hizmetleri etrafında yoğunlaşmaktadır. Bu nedenle afet sonrasında aşamalı sağlık koordinasyonu sağlanması amacıyla nüfusun önceden var olan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, artan ihtiyaçların planlanması, ihtiyaca yönelik personelin bulunabilirliği ve dağılımı (uzman, uluslararası ve sağlık dışı personel dahil) ile değişen sağlık öncelikleri değerlendirilmeli ve uygun stratejiler oluşturulmalıdır (3).

Geçmişte insanlık tarihinin en önemli sağlık problemi, besin maddesine ulaşamamasından kaynaklı meydana gelen hastalıklar ve enfeksiyonlardı. Günümüzde ise hareketsizlik ve hatalı beslenme düzeni nedeniyle gelişen kronik hastalıklarla savaşılmaktadır (4). Kronik hastalıklar, fizyolojik fonksiyonlarda ilerleyici bir bozulmaya, geri dönüşümsüz sapmalara neden olan, yaşamın uzun bir dönemine yayılan, sürekli tıbbi destek ve tedavi ihtiyacı doğuran hastalıklardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı “Küresel Hastalık Yüğü” raporuna göre, kronik hastalıkların dünyada büyük oranda ölüm nedenleri arasında olduğu vurgulanmakla birlikte gelecek yıllar için yaptıkları tahminlerinde, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklar için bu oranların daha da artacağı öngörülmektedir (5). Kronik hastalıklar aynı zamanda bireyler, aileler ve toplum açısından Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ve dünya çapındaki sağlık hizmetleri sistemleri üzerinde muazzam ve artan bir yük oluşturmaktadır (6). Kronik hastalıklar yaşlılarda sık görülmekle birlikte, sadece yaşlılara özgü değildir ve erken yaş grubunda da görülme sıklığı giderek artmaktadır. Dolayısıyla kronik hastalık bir yaşlılık problemi değildir,

toplumun genelini ilgilendirilen ve yakından takip edilmesi gereken küresel bir sorun teşkil etmektedir (7).

Afetler, mevcut hastalıkların şiddetlenmesine ek olarak, yeni kronik hastalıkların oluşmasına da zemin hazırlamaktadır. Afet şartlarında en kırılgan popülasyonlardan biri kronik hastalık sahibi olan bireylerdir. Gelişmiş ülkelerde yaşanan afetler, kronik hastalığı olanlar için afete hazırlık tedbirlerinin önemini ortaya koymaktadır. Kronik hastalığı olanların, afetlerden sonra pek çok zorlukla karşılaştığı bilinmekle birlikte afetlerden nedeniyle bireylerin takibi oldukça zorlu bir sürece yol açmaktadır(8).Doğal afetler yaşandıktan sonra, kronik hastalık sahibi bireyler için yetersiz kaynaklar ve bakımın devamlılığının yetersizliği; bu popülasyonda artan morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (9).

Tedavi, tıbbi ekipman ve devamlı tıbbi bakım ihtiyaçları ve yoğun bakım ihtiyacı doğuran durumların varlığı, hastalıkların şiddetlenme riski gibi faktörler göz önüne alındığında kronik hastalık sahibi bireyler, afetlerin koordine edilmesi ve müdahalesi aşamalarında özel dikkat gerektirmektedir. Böylece bu bireyler için planlama ihtiyacı, afet için tıbbi müdahalenin gerekli bir bileşeni olarak ön planda tutulmuş olabilecektir (10). Afetler esnasında efektif kronik hastalık yönetiminin temel unsurları; afet kurumları, sağlık kurumları ve toplum kurumları arasındaki iletişim; kurumlar ve barınaklar arasında hizmetlerin planlanması; afetzedelerin zaten var olan sağlık problemleri ile alakalı bilgi ve afetler esnasında kronik hastalık yönetimi açısından bu bireyler için olumlu eğitimleri içermektedir (8).

Türkiye' de 6 Şubat tarihinde yaşanan ve cumhuriyetin kuruluşundan itibaren geçen bir asırlık sürecin en büyük afetlerinden biri olan Kahramanmaraş 6 Şubat Depremleri fazlaca can kaybının yaşanmasına sebep olurken yapısal olarak da büyük bir yıkıma neden olmuştur (2).

Kronik hastalıklar; uzun dönemli takip ve tedavi gerektirdiği için olağanüstü durumlarda uzun vadede neden olabileceği komplikasyonlar sebebiyle dikkate almamız gereken hastalıklar grubudur. Kahramanmaraş 6 Şubat depreminden sonra kronik hastalığa sahip olan bireylerin ilaçlarına ulaşmakta ve sağlık hizmetine erişmekte zorlandığı öngörülmektedir. Sağlık sistemlerine erişilememesi, yaşanan teknik problemler, binaların yıkılması sebebiyle özellikle depremde sonra ilk haftalarda doğru ilaçların doğru dozlarda kullanılamadığı varsayılmaktadır. Tedavinin aksaması

sebebiyle kronik hastalıkların seyri değişmekle birlikte komplikasyonların da artacağı öngörülebilir bir sorun teşkil etmektedir. Bu çalışmamızda amacımız bir doğal afet durumunda kronik hastalığa sahip bireylerin bu durumdan hangi ölçüde etkilendiği, ilaçlarını düzenli kullanmaya devam etme durumunun ve mevcut şartlarda komplikasyon veya hastaneye yatış gerektiren bir unsur oluşup oluşmadığının değerlendirilmesi olup, olası afetler için bu bireylerin en az etkileneceği stratejiler oluşturulmasına katkı sağlamaktır.

Bu çalışmanın amacı özetle, afet yönetiminin bütün aşamalarında kronik hastalık sahibi bireylere yönelik verilecek sağlık hizmetinde karşılaşılan güçlükleri ve bunların çözümlerini belirlemek, kronik hastalıkların yönetimi açısından etkili stratejiler oluşturmaktır. Bu stratejiler, afet için hazırlık ve planlama aşamasında sağlık personeline, afetten etkilenen halkta kronik hastalıkları koordine etmek için uygun stratejiler oluşturulmasına yardım edebilir, afetler esnasında ve sonrasındaki dönemlerde sağlık sonuçlarını daha da iyileştirebilir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Afet Kavramı ve Sınıflandırılması

Türkçe’de sık kullanılan “afet” kelimesinin kaynağı Arapça’dır. Türk Dil Kurumu Sözlüğü’nde afet kelimesi “Doğanın neden olduğu yıkım” ve bazı durumlarda “çok kötü” anlamlarını taşımaktadır (11).

Toplumun mevcut yaşam düzenini etkileyerek, can ve mal kaybına neden olan, yanıt verme ve uyum geliştirme kapasitesinin sınırlarını aşarak, dışarıdan gelecek yardım gereksinimine neden olan olaylara afet denmektedir. Bu tanımlamadan da anlaşıldığı üzere; olayın nitelenmesini belirleyen en önemli faktör, olaya neden olan, toplumun olayın sonuçları ile başa çıkamaması ve dışarıdan gelecek yardıma ihtiyaç duymasıdır (12). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dışarıdan gelecek yardıma ihtiyaç duymaya yetecek şiddette ani ekolojik etkeni "afet" olarak tanımlamaktadır (13). CRED (Center for Research on the Epidemiology of Disasters) ise, 10 veya daha fazla kişinin ölmesi, 100 veya daha çok kişinin etkilenmiş olması, olağanüstü durum ilanı veya uluslararası yardım veya destek çağrısı yapılması durumlarından birini içerecek koşulların sağlanmasını "afet" olarak tanımlamıştır (14).

Afetler geçmişten bu yana pek çok sebebe bağlanmakla birlikte bazen tanrıdan gelen, dinsel kaynaklara bağlanmış ve tanrının verdiği ceza olarak değerlendirilmiştir (11). CRED, tetikleyen tehlike çeşidine göre afeti afeti kategorize etmektedir. Buna göre iki temel afet grubu; doğal ve teknolojik afetlerdir (14).

Doğal afetlerin altı alt başlığı vardır:

1. Jeofiziksel, topraktan kaynaklanmakta ve deprem, kütle hareketi ve volkanik aktiviteyi içermektedir.
2. Meteorolojik, dakikalar ile günler arasında sürebilen ve uç sıcaklıkları, sis ve fırtınaları da içeren aşırı hava ve atmosferik koşullardan kaynaklanmaktadır.
3. Hidrolojik, tatlı su ve tuzlu suyun oluşumu, mobilizasyonu ve dağılımından kaynaklanmakta ve selleri, heyelanları ve mobilizasyonunu içermektedir.



4. İklimsel, yıllık iklim değişkenliğine kadar değişen, uzun ömürlü, atmosferik süreçlerden kaynaklanmakta ve kuraklık, buzul patlaması ve orman yangını içermektedir.

5. Biyolojik, canlılar ve bunların taşıyabilecekleri zehirli maddelerden veya vektör nedenli hastalıklar ve bunlardan kaynaklanan salgın hastalıklardan, böcek istilasından ve hayvan kazalarından kaynaklanmaktadır.

6. Dünya dışı, meteoroidler ve kuyruklu yıldızların Dünya'ya yaklaşması, Dünya'ya çarpmasından ve Dünya'nın manyetosferini ve termosferini etkileyen gezegenler arasındaki koşul değişikliklerinden kaynaklanmaktadır.

Teknoloji kaynaklı afetlerin ise üç alt başlığı vardır:

1. Endüstriyel kazalar
2. Nakliye kazaları
3. Çeşitli kazalar (11).

## **2.2. Deprem Kavramı ve Türkiye'deki Depremler**

### **2.2.1. Deprem kavramı ile ilgili tanımlar**

Tektonik kuvvetlerin etkisiyle yer kabuğunun kırılması sonrasında ortaya çıkan enerjinin yayılarak yeryüzünü kuvvetle sarsması olayına deprem adı verilmektedir (1).

Dünyanın başlangıcından beri, sismik olarak aktif bölgelerde depremlerin arka arkaya olduğu ve sonrasında da birçok insanın ve yaşam alanlarının yok olduğu bilinmekle birlikte Türkiye dünyanın en aktif deprem kuşaklarından birinde bulunmaktadır (15).

Tektonik hareketler nedeniyle yer kabuğunun kırılması üzerine yer değiştiren bölümüne "fay" ismi verilmektedir.

Deprem Büyüklüğü: Depremin oluşturduğu toplam enerjiyi temsil eden, aletler ile ölçüm ve çeşitli hesaplamalar sonucunda bulunan değerdir.

Deprem Şiddeti: İnsanlar, çevre, binalar ve doğada meydana getirdiği zararlar veya değişimlerin gözleme dayalı bir şekilde derecelendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla; deprem sonrasında sismoloji merkezlerinin açıkladığı değerler depremin "büyüklüğünü" yansıtmaktadır (1).

### **2.2.2. Türkiye ve deprem**

Dünya genelinde her yıl ortalama 500.000 tespit edilebilir nitelikte deprem olduğu tahmin edilmekte ve bunların 100'ünün ise zarar verecek boyutta olduğu bilinmektedir(16).

Türkiye, büyük kısmı Asya kıtasında bulunan, Avrupa ile Asya arasında köprü konumunda bulunan bir ülkedir. Jeolojik ve topografik yapısından kaynaklı, genellikle doğa kaynaklı afetlerden etkilenen bir bölgede konumlanmıştır. Bu bölge Türkiye'yi başta depremler olmak üzere çeşitli afetlerle karşı karşıya bırakmaktadır (17).

Türkiye, deprem riski yüksek bir coğrafyada bulunmaktadır. Japonya'dan Amerika'ya kadar uzanan hatta Kuzey Anadolu Fay Kuşağı bulunmaktadır (18).

Birinci deprem kuşağı, doğu batı yönünde Kuzey Anadolu Fay Kuşağı doğrultusundadır. Kahramanmaraş ikinci deprem kuşağında bulunmaktadır. Bu kuşakta yer alan iller yıkıcı depremlerin olduğu konumlardır. Üçüncü derece deprem kuşağı ise iki kuşağı da çevreleyen bölgeleri içine almaktadır. Dördüncü derece deprem kuşağında orta şiddetli ve hafif depremler ortaya çıkabilmektedir. Tehlikesiz bölge sayılan beşinci derece deprem kuşağında ise çok hafif sadece sismograflar aracılığıyla kaydedilebilen depremler bu bölgede meydana gelmektedir (17).

Geçmişten bugüne kadar yaşanan depremler incelendiğinde, Türkiye'de yaklaşık beş yılda bir, büyük çapta can ve mal kaybına yol açacak şiddette depremler meydana geldiği bilinmektedir. Bu depremler sonucunda, her yıl ortalama 1.000 kişinin yaşamını yitirdiği ve 2.100 kişinin yaralandığı belirtilmiş; ayrıca, yılda ortalama 7 binden fazla binanın yıkıldığı ya da ağır hasar aldığı kaydedilmiştir (19). Himalaya ve Akdeniz deprem kuşağında yer alan Türkiye'de, 1901 ile 2020 yılları arasında 176 büyük etkili deprem gerçekleşmiştir. Bu depremler, toplamda 94.428 kişinin ölümüne ve 623.454 binanın kaybına neden olmuştur. Türkiye, büyük bir kısmı aktif deprem kuşağında bulunduğundan, tarih boyunca birçok depreme maruz kalmış ve halen bu durum devam

etmektedir. Özellikle 1990-1999 yılları arasında 6 ve 2000-2023 yılları arasında 15 olmak üzere, toplamda 21 deprem ülke tarihinde derin izler bırakmıştır. Afetten etkilenen nüfusun büyük kısmının kentlerde yoğunlaşmış olması, afetle mücadelede kentlerin öncelikli hale gelmesine neden olmaktadır (2).

AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı)'ın 9 Şubat 2023' de yayınlamış olduğu rapora göre, 6 şubat saat 04:17'de Pazarcık ve aynı gün içinde saat 13:24'te Elbistan merkez üssünde Mw 7.7 ve Mw 7.6 büyüklüğüne sahip ikili bir deprem olmuştur (2).

Türkiye'de yaşanan 6 Şubat Kahramanmaraş Depremleri sonrasında Hatay, Adıyaman, Adana, Osmaniye, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Diyarbakır, Kilis, Malatya, Elazığ, Bingöl, Batman, Şanlıurfa, Mardin, Kayseri, Niğde ve Tunceli de depremden etkilenmiştir (2).

## **2.3. Depremin Etkileri**

### **2.3.1. Depremin sağlık üzerine etkileri**

Deprem sonrası etkilenen popülasyonun sağlık sistemi değişen ölçülerde depremden etkilenebilmektedir. Hastaneler iş göremez hale gelebilmekte, hastanelerin boşaltılması gerekebilmekte, medikal malzemeler ve ilaçlar ziyan olabilmekte, çalışanlar enkaz altında kalmadan, yaralanmadan, panik ve anksiyeteden etkilenebilmekte, personeller ulaşımında aksamalar nedeniyle görev yerlerine ulaşamayabilmekte, yakınları enkaz yaralanan ya da tehlikesiz alanda bulunmayan sağlık çalışanları sağlık hizmeti veremeyebilmektedir (16).

Depremlerin hemen ardından ortaya çıkan tabloda, enkaz altında kalma, sıkışma ya da savrulan eşyaların yarattığı mekanik enerji nedeniyle ölümler; ayrıca panik ve korkunun tetiklediği kardiyak sorunlar veya yüksekte atlama sonucu ölümler meydana gelebilmektedir. Toz soluma ve kompresyon etkisiyle boğulma, hipovolemik şok, hipotermi gibi çevresel faktörlere bağlı durumlar, yangınlar, artçı şoklar, heyelanlar, tehlikeli madde sızıntıları ve baraj çökmeleri gibi depremin yol açtığı olaylar neticesinde dakikalar ya da saatler içinde ani ölümler gerçekleşebilir. Gecikmiş ölümler ise genellikle crush sendromu, dehidratasyon, hipotermi, hipertermi, yara enfeksiyonları ve sepsise bağlı olarak günler ya da haftalar içinde ortaya çıkabilir (16). Depremler ile

kardiyovasküler olaylar arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcut olup depremin etki süresi birkaç günden en az 6 haftaya kadar değişmektedir (20).

Deprem sonrasında depremzede bireyler depremden sonraki ilk zamanlardaki sağlık sorunları ve kronik hastalıklarının idaresi ile mücadele içinde bulunmaktadır. Kronik hastalık sahibi depremzedeler depremden sağlık bakımından en çok etkilenen gruplar arasında yer almaktadır. Her bir kronik hastalığın kendisine özel tedavi yöntemi, beslenme tarzı, baş etme stratejileri bulunduğu için depremden sonra hastaların yaşam koşullarının değişmesi, çevresel koşulların giderek kötüleşmesi, hastanelere ulaşmanın zor olması gibi nedenlerden ötürü kronik hastalığı olan bireylerin yönetiminde güçlükler oluşmaktadır (21).

El Salvador'da 2001'deki depremde bu bölgede yaşayan gruplarla yapılan bir çalışmada katılımcıların %79'unun kronik hastalıkların ataklarını yaşadığı ve %55'inin sağlık hizmetlerine ulaşımını yitirdiği bildirilmektedir (21).

Afetlerden sonra sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi, toplum için deprem sonrasında en hayati unsur oluşturmaktadır. Depremden önce “Hastane Güvenlik Endeksi” kullanılarak hastanelerin durumlarının değerlendirilmesi ve güvenli hastanelere çevrilmesi, hastane afet durumu ve acil durum planlarının (HAP) kapsayıcı ve kullanılabilir olması, personellerin eğitilmesi ve bu eğitimlerin sık yapılan tatbikatlarla pekiştirilmesi kayıpların minimuma indirilmesine yardımcı olabilmektedir (16).

### **2.3.2. Depremin sosyolojik etkileri**

Deprem doğal bir olay olduğundan insanlara karşı davranışı nötr olup, depremin canlı bir organizma gibi herhangi bir duygusal tepkisi bulunmamaktadır. Ancak toplumun kültürel değerlerine, sosyal normlarına, inançlarına ve siyasi yapısına göre depremin etkileri farklılıklar göstermektedir (22).

Can veya mal kaybı, fiziki hasarlar ve ürettiği kişisel ihtiyaç gibi durumlara sebep olan depremler kişisel ve sosyal sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda depremden etkilenen insanların bazı psikolojik değişim süreçleri yaşayacağı ve bunun sosyal iletişimlerine, dolayısıyla da sosyal yapıya temas ederek yapısal bozulmalara sebep olabileceği görülmektedir (23).

Afetler sonrasında sosyal yapının da zarar gördüğü, kurumların çalışamaz hale geldiği, bazı toplumsal standartların kalktığı, davranışların değiştiği gözlemlenmektedir. Bu bağlamda deprem, bireysel hasarların yanında, toplumsal düzeni değiştirdiği için sosyolojik açıdan oldukça da oldukça önemlidir (23).

Depremden bir süre sonra; alışılmışın dışında insan tavırları, önceden belirlenemeyecek sorunlar, sosyal uyum bozuklukları, karışık ortamlar ve değer yitimi gibi sosyolojik etkilere ek olarak bireysel anlamda anomi, stres, panik atak ve psikolojik gerilimler yaşanabilmektedir (23).

### **2.3.3. Depremin ekonomik etkileri**

Depremlerin ekonomik maliyetinin iki ana boyutunu oluşturan temel unsurları depremlerin getirdiği anlık yıkım ve hasar; ikinci boyut ise üretim kapasitesine olan etki oluşturmaktadır. Depremin yol açtığı servet kaybının büyük kısmı hasar görmüş binalara atfedilebilmektedir. İş yapıları içindeki tesis ve ekipman hasarının tam boyutu bilinmemekle birlikte anekdot niteliğindeki veriler buradaki hasarın nispeten sınırlı olduğunu göstermektedir. Öte yandan, mobilya, araç ve diğer tüketim mallarının tahrip olmasından doğan hasarın boyutu tahmin edilmektedir. Depremin doğrudan ortaya çıkan ikinci maliyeti, evlerini kaybeden kişilere barınak sağlamaktır. Depremlerin sebep olduğu servet kaybı ve acil barınma ihtiyacına ek olarak ekonomik maliyetinin diğer boyutu üretim kapasitesinde meydana gelen hasardır. Üretim kapasitesinin doğrudan uğradığı zararın yanı sıra, tedarik zincirindeki aksamalar sebebiyle olası ikincil etkiler söz konusu olabilmektedir (24).

## **2.4. Kronik Hastalıklar**

### **2.4.1. Kronik hastalık tanımı ve önemi**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “uzun süre devam eden ve yavaş ilerleyen hastalıklar” ı kronik hastalıklar olarak tanımlamakta ve kronik durum tanımını ise “birkaç yıl veya on yıl devam eden sürekli bakım ihtiyacı doğuran sağlık problemleri” olarak yapmaktadır (5).

Hastalık Kontrol-Önleme Merkezi (CDC) ise, kronik hastalıkları "1 yıl boyunca veya daha uzun süre devam eden, sürekli tıbbi müdahale ihtiyacı doğuran veya günlük

aktivitelerini kısıtlayan veya her iki durumu da gerektiren olaylar" olarak tanımlamaktadır. Kronik hastalıklar aynı zamanda bulaşıcı olmayan hastalıklar şeklinde de tanımlanmaktadır (7). Bulaşıcı olmayan hastalıklar enfektif bir durumdan kaynaklanmayan genetik altyapı, yaşam stili veya çevresel maruziyetten oluşan hastalıklar olarak da tanımlanmaktadır. Bu hastalıklar, fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve geri dönüşümsüz değişikliklere yol açan, hayatın uzun bir dönemine yayılan, devamlı bakım ve tedavi ihtiyacı doğuran hastalıklardır (5).

DSÖ'nün son verilerine göre bulaşıcı olmayan hastalıklar bir yıl boyunca 41 milyon insanın ölümüne neden olmakta; bu da dünya çapındaki ölümlerin %74'üne tekabül etmektedir. Kardiyovasküler sistem hastalıkları yılda 17,9 milyon kişiyle bulaşıcı olmayan hastalık ölümlerinin çoğunu oluştururken, bunu kanserler, kronik solunum hastalıkları ve diabetes mellitus takip etmektedir (25).

Kronik hastalık için riskli tutumlar arasında; sigara/tütün kullanımı ve pasif sigara içiciliği, bitkisel içeriği düşük, doymuş yağlardan yüksek diyetler olmak üzere kötü beslenme alışkanlıkları, hareketsizlik, fazla kilo, aşırı alkol kullanımı sayılabilmektedir. Sigara/tütün kullanımı, fazla kilo ve hareketsizlik, kronik hastalıklarla ilişkili değiştirilebilir üç ana risk faktörünü oluşturmaktadır (7).

## **2.4.2. Diyabetes mellitus**

### **2.4.2.1. Diyabet tanımı**

Diyabet, insülin eksikliği ile seyreden veya insülin etkisine karşı gelişmiş 'insülin direnci' nedeniyle, pek çok organı etkileyen hiperglisemi ile seyreden kronik ve geniş kapsamlı metabolizma bozukluğuna verilen addır.

Diyabet tanısı ve glukoz metabolizma bozukluklarının tanı ve sınıflandırılmasında zamanla değişiklikler yapılmıştır. İlk olarak, 1997 yılında Amerikan Diyabet Derneği (ADA) yeni tanı ve sınıflama şartlarını yayınlamış, ardından 1999'da Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bu kriterleri bazı küçük değişikliklerle kabul etmiştir. WHO'nun 1999'da yayınladığı raporda, diyabetin farklı nedenlerden kaynaklanan tiplerine ek olarak evreleme (normal glukoz toleransı, bozulmuş glukoz toleransı, insülin tedavisi ihtiyacı olmayan diyabetes mellitus, insülin tedavisi gerektiren diyabetes mellitus ve sağkalım için insülin tedavisi ihtiyacı doğuran diyabetes mellitus

şeklinde) tanıma dahil edilmiş, tip 1 ve tip 2 diyabetes mellitus olarak yeni tanımlar eklenmiştir. WHO ve ADA tarafından HbA1c'nin diyabetes mellitus tanısında bir tanı kriteri olarak kullanılması onaylanmıştır (26).

#### 2.4.2.2. Diyabet tanı kriterleri

Arada kalınan durumlarda ya da diyabet semptomları varlığında açlık glukozu (APG), rastgele glukoz (PG), 75 gr oral glukoz tolerans testi (OGTT) 2. saat plazma glukoz (2. st PG) düzeyi ve/veya A1C tetkiki ile tanı konulabilmektedir (Tablo 1).

Bu sonuçlar ile normalden yüksek ancak diyabet tanısı konulacak kadar da yükselmemiş glukoz düzeyleri varlığında ise bozulmuş glukoz toleransı (BGT), bozulmuş açlık glukozu (BAG) gibi bozukluklarının saptanması ve prediyabetik bireylerin belirlenmesi mümkün olabilmektedir (26).

**Tablo 1.** Diyabetes mellitus ve glukoz metabolizma bozukluklarında tanı kriterleri\* (26)

|                                           | <b>AŞIKAR DM</b>                       | <b>İZOLE BAG</b> | <b>İZOLE BGT</b> | <b>BAG + BGT</b> | <b>YRG</b>                      |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------------------|
| <b>APG (≥8 st<br/>açlıkta)</b>            | ≥126 mg/dl                             | 100-125 mg/dl    | <100 mg/dl       | 100-125 mg/dl    | -                               |
| <b>OGTT 2.st<br/>PG (75 g<br/>glukoz)</b> | ≥200 mg/dl                             | <140 mg/dl       | 140-199 mg/dl    | 140-199 mg/dl    | -                               |
| <b>Rastgele PG</b>                        | ≥200 mg/dl +<br>Diyabet<br>semptomları | -                | -                | -                | -                               |
| <b>A1C**</b>                              | ≥%6,5 (≥48<br>mmol/mol)                | -                | -                | -                | %5,7-6,4<br>(39-47<br>mmol/mol) |

"Aşık DM" tanısı dört tanı kriterinden herhangi biri ile konabilirken "İzole BAG", "İzole BGT" ve "BAG + BGT" için her iki kriterin de var olması gerekmektedir.\*\*Standardize edilmiş metodlarla ölçülmelidir. DM: Diabetes mellitus, APG: Açlık plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, 2.st PG: 2. saat plazma glukozu, A1C: Glikozillenmiş hemoglobin A1c, BAG: Bozulmuş açlık glukozu, BGT: Bozulmuş glukoz toleransı, YRG: Yüksek risk grubu.

Tanı konurken, dört farklı tanı yöntemi (A1C, APG, OGTT 2.st PG, diyabet semptomlarına ilaveten rastgele PG) aynı değerlerde kullanılabilmektedir. Sonuçların normal olması durumunda minimum 3 yıl, semptom ortaya çıkması ya da ek risk faktörlerinin de bulunması durumunda (kilo artışı vb.) ise daha kısa aralıklarla tahlillerin tekrarlanması uygun görünmektedir. Hemoglobino-pati veya eritrosit döngüsünü hızlandıran (kan transfüzyonu, gebelik, eritropoetin tedavisi, yakın dönemde

kanama veya, hemodiyaliz vb.) durumlarda tanı için A1C kullanılması önerilmemektedir (26).

#### 2.4.2.3. Diyabet semptomları

Diyabetin sık görülen semptomları olan polifaji, poliüri, polidipsi veya çabuk yorulma , ağız kuruluğu, iştahsızlık, halsizlik, , noktüriye ek olarak bulanık görme, kilo kaybı, tekrarlayan enfeksiyonlar, inatçı mantar enfeksiyonları, kaşıntı gibi daha az görülen semptomlar da bulunmaktadır (26).

#### 2.4.2.4. Tarama endikasyonları ve tarama testleri

Tip 1 diyabet için rutinde kullanılan bir test bulunmamaktadır. Diyabet semptom ve bulguları (poliüri, polidipsi, kilo kaybı, ağız kuruluğu, polifaji, bulanık görme vb.) varsa tanı için kan glukozu ölçülmelidir.

Tip 2 diyabet için yüksek riske sahip çocuk ve adölesanlarda, 10 yaşından başlanarak iki yılda bir diyabet taraması yapılmalıdır. Kilodan bağımsız, 35 yaş ve sonrasında 3 yılda bir, APG ile diyabet taraması yapılmalıdır. BKİ 25 kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde olan semptomsuz kişilerin, risk faktörlerinden birine (Birinci/ ikinci derece yakınlarında diyabet bulunanlar, makrozomik bebek doğuran veya önceden gestasyonel diyabet tanısı olan kadınlar, hipertansif kişiler, dislipidemikler, polikistik over sendromu (PKOS) olan kadınlar, insülin direnci ile ilgili bulguları (akantozis nigrikans) bulunan kişiler, vasküler hastalığı bulunanlar, düşük doğum kilosu ile doğan kişiler, fizik aktivitesi az olan kişiler, doymuş yağlardan zengin beslenme alışkanlıkları olanlar, şizofreni tanısı olanlar ve atipik antipsikotik ilaç kullanan kişiler, transplantasyon yapılmış hastalar, uzun süreli kortikosteroid tedavisi alan hastalar) mensup olmaları halinde, daha erken yaşlardan itibaren ve daha sık diyabet yönünden araştırılmaları önerilmektedir.

Daha önce prediyabet saptanan kişilerde senede bir kez diyabet taraması yapılması önerilmektedir. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM) tanısı olan kadınlarda doğum sonrası değerlendirmede diyabet saptanmasa da üç yılda bir diyabet taraması yapılması önerilmektedir (26).



#### 2.4.2.5. Diyabetin medikal tedavisi

##### **İnsülin Harici Antihiperglisemik İlaçlar**

Ülkemizde bulunan antihiperglisemik ilaç grubunda; tiazolidindionlar, biguanidler, insülin salgılatıcılar, inkretin bazlı ilaçlar ve sodyum glukozko-transporter 2 inhibitörleri bulunmaktadır (26).

Biguanidler grubunda fenformin ve metformin bulunmaktadır. Fenformin etken maddesi laktik asidoza yol açmasından dolayı kullanımdan kaldırılmıştır. Metformin aç karnına, günde 2-3 kez, tok karnına (günde bir kez 500 mg'dan başlanarak doz kademeli olarak artırılır) alınır (26).

İnsülin salgılatıcı ilaçlar kategorisinde sulfonilüre grubu ve glinid grubu bulunmaktadır. Her ikisi de  $\beta$ -hücre membranı üzerindeki  $K_{ATP}$  kanallarını, glukozu bağımlı olmaksızın, uzun ve kısa süreli kapatarak insülin sekresyonunu artırmaktadır (26).

Tiazolidindion (glitazon) grubu ilaçlar insülin etkisini artırmak suretiyle çevre dokularda glukozun hücre dışına çıkışını artırmakta, hepatik glukoz üretimini ise kısmen azaltmaktadır. Bu kategoriden ülkemiz piyasasında yalnızca pioglitazon bulunmaktadır. Hipoglisemiye neden olmaması, HDL-kolesterolü arttırması ve trigliserid düzeylerini azaltması ile avantaj sağlamaktadır. Pioglitazon için günlük doz 15-45 mg olup günde tek doz şeklinde yemekten bağımsız olarak alınmaktadır (26).

Alfa glukozidaz inhibitörü grubu ilaçlar;intestinal alfa glukozidazı yarışmalı olarak inhibe etmek koşuluyla polisakkaridlerin enzimatik parçalanmasını azaltarak karbonhidratların parçalanmasını yavaşlatmakta ve emilimini geciktirmektedir. Bu grupta bulunan akarboz ve maglitolün günlük dozu 150-300 mg olup günde 3 kez yemeklerin ilk lokması ile birlikte alınmaktadır (26).

Glukagon benzeri peptid-1 reseptör agonistleri grubunda bulunan ilaçlar GLP-1 reseptörlerini aktive etmek suretiyle pankreas beta hücrelerinin glukozu sensitivitesini artırmakta, alfa hücrelerinden glukagon salınımını baskılamakta, gastrik boşalmayı geciktirmekte ve doygunluk hissini artırmaktadırlar. İnsülin sekresyonunu glukozu göre artırdıkları için hipoglisemi riski azdır. Ayrıca bu ilaçlar, sistolik kan basıncını birkaç mm Hg düşürmekte ve kilo kaybı (ortalama 2-4 kg) da sağlamaktadırlar. Liraglutid ve

semaglutidin obezite tedavisi için endikasyonu da bulunmaktadır. Bu grupta bulunan ilaçlar eksenatid, liraglutid, liksisenatid, albiglutid, dulaglutid, semaglutid, tirzepatid'dir (26).

Dipeptidilpeptidaz 4 inhibitörleri inkretin artırıcı ilaçlar, endojen inkretinlerin yemek sonrasında parçalanmasını, DPP-4'ü bloke etmek suretiyle geciktirerek GLP-1 ve GIP düzeylerini yükseltmekte, insülin sekresyonunu glukoz bağımlı olarak artırmakta, alındıktan sonraki postprandiyal glukoz miktarını ılımlı olarak düşürmekte ve glukagon sekresyonunu baskılamaktadırlar. Bu grupta yer alan DPP4-İ ilaçlar oral olarak kullanılacak şekilde geliştirilmiştir. Çoğunlukla günde bir kez (vildagliptin iki kez) kullanılmakta olup; kilo bağlamında nötr olmaları ve hipoglisemi riskinin olmaması en önemli avantajlarıdır (26).

Sodyum glukoz ko-transporter 2 inhibitörleri renal proksimal tubulusda SGLT2 inhibisyonu ile böbrekten glukoz emilmesini azaltmakta ve idrar ile atılımını artırmaktadırlar. Diyabetin herhangi bir aşamasında kullanılabilmektedirler. Başlıca avantajları; kilo kaybı (ortalama 2 kg kadar) sağlaması, hipoglisemi tehlikesinin az olması ve kan basıncını, albuminüriyi ve serum ürik asit düzeyini düşürmesidir. Sakıncalı bir durum yoksa, SGLT2- inhibitörü ilaçların aterosklerotik KVVH olan ya da KVVH için yüksek riskli hastalarda ve diyabetik böbrek hastalığı olan diyabetlilerde öncelikli olarak tercih edilmektedir. Bu ilaçların kalp yetersizliği ve azalmış ejeksiyon fraksiyonu olan bireylerde, diyabetten bağımsız olarak kullanım onayı da vardır. Bu grupta kanagliflozin, empagliflozin ve dapagliflozin vardır (26).

### **İnsülin Tedavisi**

İnsüline başlarken iki amaç vardır; birincisi insülin eksikliğini ortadan kaldırmak, ikincisi ise insülin takviyesi sağlamaktır.

İnsülin endikasyonları dört grupta incelenebilir:

- 1- Tip 1 diyabet,
- 2- Yavaş seyirli yetişkin otoimmün diyabetliler (LADA)
- 3- Tip 2 diyabetli hastalarda gerekli durumlar;
- Anti-hiperglisemik ilaçlarla glisemik kontrolün sağlanamaması

- İnsülin yetersizliği düşündüren bulgular
- Şiddetli hiperglisemik semptomlar (poliüri, polidipsi)
- Hiperglisemik aciller
- Akut miyokard infarktüsü (Mİ)
- Ateşli, akut ve sistemik hastalıklar
- Büyük cerrahi operasyonlar
- Gebelik ve emzirme
- Şiddetli karaciğer ve böbrek yetersizliği
- Pankreas yetersizliği
- Antihiperglisemik ilaçlara karşı oluşan alerji ve ağır yan etkiler
- Klinik anlamda şiddetli insülin direnci
- Yüksek doz ve uzun zaman steroid kullanımı

#### 4- Diyet ile hedeflenen glisemik indekse ulaşılamayan GDM

İnsülinin başlıca mekanizmasına bakacak olursak glukozun hücre içine girişini sağlamakta, depolanmasını artırmakta, hepatik glukoz outputunu baskılamakta, insülin duyarlılığını artırmakta, protein ve yağ yıkımını inhibe etmektedir.

Günlük insülin doz ayarlaması yapılırken, başlangıçta vücut ağırlığına göre hesaplanmalıdır. Ayrıca, diyabetli bireyin fiziksel aktivite durumu, diyabet komplikasyonları ve daha önceki zamanlarda insülin kullanıp kullanmadığı da göz önüne alınmalıdır. Tip 1 diyabet dozu hesaplanırken 0.4-1.0 IU/kg/gün, tip 2 diyabet dozu hesaplanırken 0.3-1.2 IU/kg/gün olarak hesaplanmaktadır. Günlük gereksinimin %40-60'ı bazal, geri kalanı ise bolus olarak hesaplanmaktadır (26).

### **2.4.3. Hipertansiyon (HT)**

#### **2.4.3.1. Hipertansiyon tanımı**

Sık rastlanan kronik hastalıklardan biri olup küresel bir sağlık sorunudur. Hipertansiyon; erken ölüm, böbrek hastalığı, kalp hastalıkları, inme gibi durumlarla bağlantılı olup, sağlık ve ekonomik açıdan önemli bir sorun teşkil etmektedir. Hipertansiyon önlenabilir ve tedavi imkanı olan bir hastalıktır (27).

Çoğu önemli kılavuza uygun olarak, bir kişinin ofis veya klinikteki sistolik kan basıncı (SBP)  $\geq 140$  mm Hg ve/veya tekrarlanan muayeneden sonra diyastolik kan basıncı (DBP)  $\geq 90$  mm Hg olduğunda hipertansiyon tanısı konulması önerilmektedir (28).

#### **2.4.3.2. Hipertansiyon tanı kriterleri**

Mümkün olduğunca tanı tek bir ofis ziyaretinde konulmamalıdır. Genellikle hipertansiyon tanısını doğrulamak için 1-4 haftalık aralıklarla 2-3 ofis ziyareti (BP seviyesine bağlı olarak) gerekir. Kan basıncı 180/110 mm Hg ve üzerinde ise ilaveten kardiyovasküler hastalık (KVH) tanısı varsa tanı tek bir muayenede konulabilmektedir (28).

Yetişkinlerde her vizitte kan basıncı ölçülmeli ve 30 saniyeden uzun olmak şartıyla nabız sayılmalıdır. Hastanın risk etmenlerini belirlemek ve sekonder nedenleri dışlamak amacıyla ayrıntılı anamnez alınmalı, tüm sistemlerin muayenesi yapılmalı ve önerilen laboratuvar araştırmaları yapılmalıdır (27). Hipertansiyonu hastalarının bir çoğunun belirli bir etiyolojisi yoktur ve primer olarak kategorize edilmektedir; ancak bu hastaların bir kısmında altta yatan ve geri döndürülebilir sekonder hipertansiyon bulunabilmektedir (29).

Ölçüm yapmadan önce hasta en az beş dakika oturtularak dinlendirilmeli, avuç sıkılmadan, kolu kalp seviyesinde ve en az iki ölçüm yapılarak ortalaması kaydedilmelidir. Hastada ritm bozukluğu varsa otomatik makinelerle kan basıncı ölçümü hatalı sonuçlar gösterebilmektedir. Bu durumu dışlayabilmek için palpasyonla nabız değerlendirilmeli ve düzensiz nabız varsa stetoskop ile klasik yöntemle ölçülmelidir (27).

Tekrarlanan ölçümler sonucu sistolik kan basıncı 180 mmHg veya diyastolik kan basıncı 110 mmHg' den yüksek olan hastalarda tanı hemen konur. Ancak 140/90 mmHg ve 179/109 mmHg aralığında olan hastalar, tanının doğrulanması için ikinci kez polikliniğe çağrılmalıdır. Tanının tamamen kesinleştirilmesi için sistolik basıncı 140–159 mmHg veya diyastolik basıncı 90–99 mmHg olan grupta iki–dört hafta içinde; sistolik basıncı 160–179 mmHg veya diyastolik basıncı 100–109 mmHg olan grupta bir–iki hafta içinde en az beş gün olacak şekilde hem sabah hem akşam evde kan basıncı ölçülmesi önerilmektedir (27).

Evde yapılan kan basıncı takibinde, uygun manşonlu ve onaylı tansiyon ölçüm cihazları kullanılmalıdır. Sabah ve akşam yapılacak şekilde toplamda 5 gün süren kan basıncı ölçümlerinde, ortalama sistolik basıncın 135 mmHg veya diyastolik basıncın 85 mmHg üzerinde olması halinde hipertansiyon tanısı konabilmektedir. Ambulatuvar kan basıncının 24 saatlik ortalaması 130/80 mmHg ve üzerinde ise veya gündüz ortalaması 135/85 mmHg ve üzerinde ise tanı konmaktadır (27).

#### 2.4.3.3. Hipertansif hastada laboratuvar

Önerilen tetkikler tam kan sayımı, açlık kan glukozu, tam idrar incelemesi, , kanda ürik asit, sodyum, potasyum ve lipit paneli, kreatinin ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı, elektrokardiyografi, idrar albümin atılım oranı (yıllık takip) oluşturmaktadır (28).

Duruma göre idrar albümin atılım oranı, oral glukoz tolerans testi, ALT/AST, kalsiyum, tiroid stimulan hormon (TSH), ekokardiyografi istenebilecek tetkikler arasındadır (27).

#### 2.4.3.4. Hipertansiyon tedavisi

Toplum sağlığı açısından tüm bireylere yaşam tarzı değişikliği önerilmektedir. Bu öneriler arasında normal vücut ağırlığına ulaşmak, tuz kullanımının azaltılması, sağlıklı beslenmek, sigarayı bırakmak, alkol kullanımını azaltmak, hareketli yaşam ve stres ile baş etmeyi sağlamak bulunmaktadır (28).

Genel toplumda tedaviye başlamak için sistolik kan basıncı değeri 140 mmHg ve üzerinde veya diyastolik kan basıncı değeri 90 mmHg veya üzerinde iken; 80 yaş ve üzerinde olanlarda eşik sistolik kan basıncı 150 mmHg ve üzeridir. Evre 1 hipertansiyonda ilaç tedavisine komorbid durum varlığı veya hedef organ hasarı

durumlarında hemen başlanmaktadır. Yaşam tarzı değişikliği önerilen hastalarda üç ay sonra kan basıncı aynı evredeyse ilaç tedavisine başlanmaktadır. Ancak günlük yaşam kalitesini kısıtlayan hipertansiyon ilişkili semptomları varsa ilaç tedavisine daha erken başlanabilmektedir. Hipertansiyon evresi 2 ve üzerindeyse ilaç tedavisine derhal başlanmaktadır (27).

İlaç tedavisine dört grup ilaçtan zamansal gelişim sırasıyla diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri (KKB), ACE inhibitörleri ve ARB' lerden herhangi biri veya kombinasyonu şeklinde başlanabilmektedir. Tek ilaçla hedef düzeye ulaşılamazsa kombinasyon tedavisine geçilmektedir. Kombinasyon için ilk basamakta ACE inhibitörleri/ARB+diüretik veya ACE inhibitörleri/ARB+KKB tercih edilebilmektedir (27).

#### **2.4.4. Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOA)**

##### **2.4.4.1. KOA tanımı**

Hava yolu veya alveol anomalisinden kaynaklı, devamlı solunum semptomları ile seyreden, kalıcı ve progresif hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize heterojen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (30). Tütün kullanımı ve evdeki ve dış ortamdaki hava kirliliğinden kaynaklanan zehirli parçacıkların ve gazların solunması KOA'a yol açan temel maruziyetler olarak sayılabilir (31).

##### **2.4.4.2. KOA tanı kriterleri**

Spirometri ile ölçülen, geri dönüşsüz hava ilerleme kısıtlılığı (bronkodilatasyon sonrası FEV1/FVC'nin 0.7'den küçük olması) varlığı tanıyı doğrulamaktadır. Ancak bazen hava akımı obstrüksiyonu olmadan yapısal bozukluklar (örneğin amfizem) ve/veya fizyolojik anormallikler ile ortaya çıkabilmektedir. Bu durumlar 'Pre-KOA' adıyla etiketlenmektedir. 'PRISm' terimi oranları korunmuş ancak anormal spirometri değerlerine sahip olma durumunu tanımlamak için ortaya konmuştur. Pre-KOA veya PRISm' li kişiler hava akımı obstrüksiyonu geliştirme riski altındadır (31). KOA'ta Hava Akımı Sınırlamasının Sınıflandırılması (Postbronkodilatör FEV1 Değerine Dayalı) Tablo 2'de gösterilmiştir. KOA ayırıcı tanıları Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 2.** KOAH Evrelemesi (Postbronkodilatör FEV1 Değerine Dayalı) (32)

| FEV1 /FVC <0,70 olan hastalarda: |          |               |
|----------------------------------|----------|---------------|
| <b>Evre 1</b>                    | Hafif    | FEV1≥%80      |
| <b>Evre 2</b>                    | Orta     | %50 ≤FEV1<%80 |
| <b>Evre 3</b>                    | Ağır     | %30 ≤FEV1<%50 |
| <b>Evre 4</b>                    | Çok Ağır | FEV1 < %30    |

**Tablo 3.** KOAH Ayırıcı Tanıları (32)

| Hastalık                | Destekleyen Bulgular                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KOAH                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Orta yaşta başlangıç</li> <li>Yavaş ilerleyen semptomlar</li> <li>Tütün kullanımı veya zararlı gaz maruziyet öyküsü</li> </ul>                                                                                                                                                 |
| Astım                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Yaşamın erken dönemlerinde başlangıç (özellikle çocukluk)</li> <li>Günden güne değişen semptomlar Gece/sabahın erken saatlerinde kötüleşen semptomlar</li> <li>Allerji, rinit ve/veya egzema varlığı</li> <li>Astımla ilişkili aile öyküsü</li> <li>Obezite varlığı</li> </ul> |
| KKY                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Akciğer grafisinde kalp konturunda artış, pulmoner ödem</li> <li>SFT’de hava akımı kısıtlanması değil, volüm kısıtlaması olması</li> </ul>                                                                                                                                     |
| Bronşektazi             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fazla miktarda pürülan balgam çıkarma</li> <li>Çoğunlukla bakteriyel enfeksiyonların eşlik etmesi</li> <li>AC grafisi/toraks BT’de bronşlarda dilatasyon, bronş duvar kalınlaşması</li> </ul>                                                                                  |
| Tüberküloz              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tüm yaşlarda başlangıç</li> <li>Akciğer grafisinde infiltrasyon varlığı</li> <li>Mikrobiyolojik doğrulama</li> <li>Yüksek bölgesel tüberküloz prevalansı</li> </ul>                                                                                                            |
| Obliteratif Bronşiyolit | <ul style="list-style-type: none"> <li>Genç yaşta başlangıç, sigara öyküsü olmaması</li> <li>Romatoid artrit öyküsü veya akut duman maruziyeti varlığı</li> <li>Akciğer ya da kemik iliği transplantasyonundan sonra görülebilme</li> <li>Ekspirasyon BT’ sinde hipodens alanlar varlığı</li> </ul>                   |
| Diffüz Panbronşiyolit   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Asya kıtasında yaygın görülme</li> <li>Erkek ve sigara kullanmayanlarda</li> <li>Nerdeyse tamamında kronik sinüzit varlığı</li> <li>AC grafisi ve HRCT’ de diffüz küçük sentrilobüler nodüler opasiteler ve hiperinflasyon bulguları</li> </ul>                                |

SFT: Solunum fonksiyon testi HRCT: Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi BT: Bilgisayarlı Tomografi.

#### 2.4.4.3. KOAH klinik semptomları

Tipik semptomlar nefes darlığı, aktivite kısıtlılığı, hırıltı, yorgunluk, göğüste sıkışma, ve/veya öksürük olmakla birlikte ve alevlenmeler olarak nitelendirilen, prognozu etkileyen ve spesifik tedbir ve tedavi edici önlemlere ihtiyaç duyulan solunum semptomlarının artmasıyla karakterize durumlardır (31).

KOAH hastalarında sıklıkla komorbid hastalıklar da bulunmaktadır. Bu durumlar akut alevlenmeyi taklit edebilmekte ve/veya şiddetlendirebilmektedir (31).

#### 2.4.4.4. KOAH tedavisi

Başlangıçtaki farmakoterapi hastanın hangi GOLD grubunda olduğuyla başlamaktadır.

**GRUP A:** 0-1 orta derece alevlenme (hastane yatışına ihtiyaç duymayan). (mMRC 0-1, CAT <10 olanlar.)

Grup A'daki her hastaya bronkodilatör tedavi önerilmektedir. Bu kısa etkili veya uzun etkili olabilmektedir. Eğer uygunsa uzun etkili bronkodilatör tedavi tercih edilmektedir.

**GRUP B:** 0-1 orta derece alevlenme (hastane yatışı gerektirmeyen). (mMRC  $\geq 2$ , CAT  $\geq 10$  olanlar.)

Bu hasta grubuna LABA (uzun etkili beta agonist) + LAMA (uzun etkili antimuskarinik tedavi) kombinasyonu önerilmektedir. Eğer bu kombinasyon tedavisi verilemiyorsa sadece LABA veya sadece LABA' nın birbiri üzerine üstünlüğü gözlenmediği için hastanın semptomlarına göre biri seçilebilmektedir.

(mMRC: modifiye edilmiş Medical Research Council dispne anketi, CAT: KOAH değerlendirme testi)

**GRUP E**  $\geq 2$  orta dereceli alevlenme veya 1 hastane yatışı.

LABA+ LAMA önerilmektedir.

İnhale kortikosteroid (ICS) başlanacaksa sadece LABA ile kombine halde değil, LABA + LAMA + ICS şeklinde verilmektedir.

Ani başlayan semptomların giderilmesi için kurtarıcı kısa etkili bronkodilatörler hastaya reçete edilmelidir. Başlangıç tedavisinin ardından tedavi hedefleri için hastalar aralıklı olarak tekrar değerlendirilmelidir(33).



## 2.4.5. Astım

### 2.4.5.1. Astım tanımı

Astım olarak bilinen hastalık hışıltı, öksürük, nefes darlığı, göğüste sıkışıklık hissi gibi semptomları ve şikayetlerin sıklığı ve yoğunluğunun hastada zaman içinde değişken olması ile tanımlanan bir hastalıktır. Şikayetler ekspiratuvar hava akımı obstruksiyonu ile ilişkili olup şikayetlerin ve ekspiratuvar hava akımı obstruksiyonunun zaman içindeki değişkenliği astımın tipik ve tanımlayıcı özelliğidir (34).

### 2.4.5.2. Astım tanı kriterleri

Astım tanısında anamnez çok önemli bir yer tutmaktadır. Tanı koydurucu testlerin pozitif gelmesi tanıyı düşündürür ancak negatif olması tanıdan kesinlikle uzaklaştırmaz. Nöbetler halinde gelen nefes daralması, hışıltılı soluma, öksürme ve göğüste baskı hissi gibi semptomlar ile tanı konmaktadır. Şikayetlerin gün içinde ya da mevsimsel olarak değişmesi, duman, çeşitli kokular veya egzersiz gibi nedenlerle tetiklenmesi, geceleri şiddetlenmesi ve tedavilere yanıt vermesi tanıyı desteklemektedir. Ailede öykünün bulunması ve atopik durumların varlığı tanıya yardımcı olan diğer özellikler arasında bulunmaktadır (35).

Tanı genellikle bu hastalığın karakteristiği olan şikayetlerin varlığı ile konmaktadır. İlaveten solunum fonksiyon testlerinin yapılması ve özellikle fonksiyon bozukluğunun geri döndürülebilir olduğunun gösterilmesi tanıyı büyük oranda doğrulamaktadır (35).

FEV1/FVC'nin  $\leq 75$  olması hava yolu daralmasını göstermektedir. Ciddi obstruksiyon olanlarda hava hapsinden kaynaklı FVC de azalabilmekte, FEV1 /FVC oranında değişiklik saptanmayabilmektedir. Hava yolu daralması saptananlarda kısa etkili beta-2 agonist inhalasyonundan 15-20 dakika geçtikten sonra FEV1 değerinde bazal değere göre %12' den fazla veya 200 ml'den fazla, PEF' de %20 artış olması bu kısıtlılığının geri döndürülebilir olduğunu göstermektedir. PEF ölçümü tanının doğrulanması ve takibinde önemli bir yer tutmaktadır (35).

### 2.4.5.3. Astım tedavisi

Kullanılan ilaçlar kontrol altında tutucu ve rahatlatıcı ilaçlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Kontrol ediciler antiinflamatuvar etkileri nedeniyle her gün ve uzun süre kullanılarak

astımı kontrol altında tutmaya yardımcı olur. Rahatlatıcı ilaçlar hızla etki ederek bronş daralmasını düzelter, semptomları azaltan ve lüzum halinde kullanılan ilaçlardan oluşmaktadır (35).

#### **2.4.6. Koroner arter hastalığı (KAH)**

##### **2.4.6.1. KAH tanımı ve risk faktörleri**

Koroner arter hastalığı (KAH) ya da iskemik kalp hastalığı, akut veya kronik (stabil) seyredabilen, genellikle ateroskleroz zemininde koroner arterlerin obstrüktif ya da obstrüktif olmayan sebeplerle miyokardın yeterince beslenememesinden kaynaklanan hadisedir. Angina pectoris, yetersiz beslenme, oksijenin yetersiz ulaşımı sonucu miyokardiskemisinin sebep olduğu düşünülen göğüs ağrısı olarak tanımlanmaktadır. Stabil veya unstabil olarak alt formları bulunmaktadır. Stabil angina genel olarak eforla tetiklenen, çeneye ve sol kola yayılabilen sıkıştırıcı nitelikte, istirahatle veya nitrogliserin ile geçen göğüs ağrısıdır. Bazı durumlarda tipik bulgusu olmayabilir, özellikle diyabet hastalarında görülen sessiz iskemi veya efor sırasında dispne gibi semptomlar da görülmektedir. Bunun dışında kalan göğüs ağrıları unstabil angina olarak değerlendirilmekte; önem açısından ayrıştırılması, tetkiklerin ve muayenenin derinleştirilmesi gerekmektedir. Stabil iskemik kalp hastalığı olarak da tanımlanan kronik koroner sendrom, stabil angina öyküsü olan ve aterosklerotik kardiyovasküler hastalık veya risk faktörleri olan kişilerde tanımlanmaktadır(36).

Diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, yaşlılık, sigara, obezite ve ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü varlığı risk faktörlerini içermektedir. Dislipidemi koroner endotelyal disfonksiyona sebep olmaktadır. Diyabet ve kan basıncı kontrolünü yönetmek önemlidir, sistolik kan basıncını düşürmek koroner akış rezervini iyileştirebilmekte ve diyabet kontrolü endotel fonksiyonunu iyileştirmektedir(37).

##### **2.4.6.2. KAH tanısı**

İlk etapta istenecek temel testler, standart biyokimyasal laboratuvar testleri, elektrokardiyografi (EKG) ve ekokardiyografiden oluşmaktadır. Glukoz ve lipid panelini içeren biyokimyasal testler kardiyovasküler risk faktörlerini değerlendirmek için önemli bir yer tutmaktadır. EKG, istirahat halinde çekilince önceki MI (patolojik Q dalgaları, T inversiyonu) veya iletim anormalliklerini (dal blokları, atriyoventriküler bloklar) de gösterebilmektedir. Anjina sırasında çekildiğinde kaydedilen ST-segment

değişiklikleri ise MI tanısı için çok kritik bir yer tutmaktadır. Ekokardiyografi kalp anatomisi ve fonksiyon kapasitesi hakkında önemli bilgi vermektedir. Kronik koroner sendromlu (KKS) hastalarda ejeksiyon fraksiyonu (EF) genellikle normal beklenmektedir. Bölgesel duvar hareket bozuklukları ve sol ventrikül işlev bozuklukları miyokardiyaliskemi şüphesini arttırmaktadır. KAH şüphesi olan hastalarda ekokardiyogramla veri ele edilemediğinde kardiyak manyetik rezonans düşünülebilmektedir (36).

ESC (European Society of Cardiology) invaziv olmayan test seçiminde öncelikle ilk tercih edilecek test olarak koroner BT anjiyografiyi önermektedir. Efor testinin tanısal görüntüleme yöntemlerine göre obstrüktif KAH tanısı için duyarlılık oranı düşüktür. Efor ya da farmakolojik stresle tetiklenen iskemik miyokard perfüzyon sintigrafisi ile değerlendirilebilmektedir (38).

#### 2.4.6.3. KAH tedavisi

Farmakolojik tedavi olarak KAH'lı hastalarda antianginal, lipid düşürücü ve antitrombotik tedavi düzenlenmesi önerilmektedir (36). Anti anjinal ilaç olarak beta blokörler ve kalsiyum kanal blokörleri ilk seçenek olarak önerilmektedir. İkili kombinasyonları veya ayrı kullanıldığında her birine ranolazin, nitrat ya diltiazem eklenmesiyle yapılan kombinasyonlarında da klinik fayda görüldüğü saptanmıştır (39). MI veya PKG sonrasında asetilsalisilik asit ve oral P2Y<sub>12</sub> inhibitörleri (klopidogrel, prasugrel) içeren ikili antiplatelet tedavi düzenlenmektedir. Kanama riski az olan stabil anjina hastalarında PKG sonrası 6 ay, akut koroner sendrom hastalarında ise takiben 12 ay boyunca ikili antiplatelet tedavi önerilmektedir (37).

Risk faktörlerinden dislipideminin yönetimi için statinler önerilmektedir. Tolere edilen maksimum doz statinle kontrol sağlanamayan vakalarda ezetimib eklenmesi önerilmektedir (40).

Farmakolojik olmayan yönetimde ise öneriler arasında yaşam tarzı değişiklikleri, sigara bırakma, sağlıklı diyet (sebze, meyve, kepek ağırlıklı diyet), fiziksel aktivite (haftada  $\geq 5$  gün 30-60 dk orta dereceli), dengeli kilo ( $VKİ < 25 \text{ kg/m}^2$ ) ve verilen ilaçları düzenli kullanmayı içermektedir (37).

#### **2.4.7. Hiperlipidemi (HPL)**

##### **2.4.7.1. HPL tanımı**

Kandaki düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL) seviyesinin ve yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (HDL) seviyesinin de dahil olmak üzere kolesterol dengesizliğini içermektedir. LDL ve HDL vücuttaki kolesterol miktarını düzenlemekte ve bunlardaki bozukluk kalp krizi ve inme dahil olmak üzere kardiyovasküler durum riskini artırabilmektedir. Diğer dislipidemi türleri arasında hipertrigliseridemi ve hem trigliserit hem de kolesterolün yükseldiği karma hiperlipidemi bulunmaktadır. Yükselen LDL, arter üzerinde plak birikimine neden olabilmekte ve KAH veya inme de dahil aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH) riskinin artmasıyla ilişkili bulunmaktadır (41).

##### **2.4.7.2. HPL tanısı ve toplam kardiyovasküler risk tanımı**

Primer korunma amacıyla değerlendirilen bir dislipidemi vakasında, yaşam tarzı değişikliği önerilerinde bulunmak, tedavi zamanlamasına karar verebilmek ve tedavinin yoğunluğunu belirlemek açısından toplam kardiyovasküler risk düzeyini bilmek yararlı olmaktadır. Bu bağlamda ülkemizde risk tahmini için Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Ateroskleroz Derneği kılavuzunda belirtilen SCORE hesaplayıcısı kullanılmaktadır.  $\geq 40$  yaş bir birey için SCORE üzerinde sistolik kan basıncı, cinsiyet, yaş, Total-K ve sigara içme durumu bilgilerinin kesiştiği yerde kadın ve erkek için görülen sayı on yıl içindeki kardiyovasküler kaynaklı ölüm riskini göstermektedir (42). Risk kategorileri Tablo 4’de gösterilmiştir.

**Tablo 4. Risk Kategorileri(42)**

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Çok Yüksek Risk</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Önceki AKS, stabil angina, koroner revaskülarizasyon işlemleri, inme, TİA ve PAH</li><li>• koroner anjiyografi veya BT’de veya karotis US’de plak görüntüsü</li><li>• mikroalbüminüri, nöropati veya retinopati, Diabetes Mellitus veya en az 3 risk faktörünün eşlik etmesi veya 20 yıldan uzun süren Tip1 DM</li><li>• eGFR&lt;30 mL/dk/1.73m<sup>2</sup></li><li>• SCORE puanı %10 veya üzerinde</li><li>• ASKVH’lı AH veya diğer majör risk faktörü eşlik eden</li></ul> |
| <b>Yüksek Risk</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Total-K &gt;310 mg/dL veya LDL-K &gt;190 mg/dL veya kan basıncı ≥180/110 mmHg</li><li>• majör risk faktörlerinin birlikte bulunmadığı AH</li><li>• ≥10 yıl ve ilaveten hedef organ hasarı veya başka risk faktörleri olmayan DM</li><li>• SCORE puanı %5 ile %9 arasında olması</li></ul>                                                                                                                                                                                    |
| <b>Orta Risk</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>• 10 yıldan az süreli genç ve başka risk faktörü olmayan DM</li><li>• SCORE puanı 1 ile 4 arasında</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Düşük Risk</b>      | <ul style="list-style-type: none"><li>• SCORE puanı %1’in altında</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

#### 2.4.7.3. HPL tedavisi

Primer korunma ve sekonder korunma olmak üzere 2 tedavi stratejisi bulunmaktadır.

Primer korunma başlığı altında;

- Riskten bağımsız LDL ≥190 mg/dl olan,

- SCORE >5 ve<10 olan LDL değeri 100 mg/dl veya üzerinde olan,

-SCORE riski %10 veya üzerinde olan ve LDL değeri 70 mg/dl veya üzerinde olan bireylere yaşam tarzı değişikliği yanında statin tedavisi başlanması önerilmektedir.

Sekonder korunmada; tedavi kararını belirleyen en temel faktör ASKVH bulunmasıdır. ASKVH tanısı olan herkes statin tedavisini hak etmektedir. Ayrıca bu duruma risk eşdeğeri olan KBH ve pek çok DM hastası da statini hak etmektedir (42).

#### **2.4.8. Stroke (İnme)**

##### **2.4.8.1. Stroke tanımı**

Dünya genelinde ikinci sırada gelen ölüm nedenidir ve sakatlık nedeni oluşturmaktadır. Nüfus yaşlandığı için görülme sıklığı da artmaktadır. İskemik inme daha sık görülmekte ancak hemorajik inme daha fazla ölüme ve sakatlığa neden olmaktadır (43).

##### **2.4.8.2. Stroke tanısı**

İskemik stroke' den şüphelenilen yeni gelişen nörolojik bulguya sahip hastalara kraniyal Bilgisayarlı Tomografi veya kanamayı da gösterebilen Manyetik Rezonans görüntülemesi yapılması önerilmektedir. Lezyonun iskemik veya hemorajik olduğu yönünde bilgi saptanabileceği gibi vasküler harici nedenler de dışlanabilmektedir. Etiyolojiye yönelik kan şekeri, tam kan sayımı, kreatinin düzeyi, elektrolitler, kan üre ve koagülasyon paneli, lipid parametreleri, hemoglobin A1c düzeyi, TSH, CRP, gebelik testi, tam idrar tahlili, seroloji testlerinin çalışılması önerilmektedir. Akciğer filmi, elektrokardiyogram da eklenmesi gereken tetkiklerdendir (44).

##### **2.4.8.3. Stroke tedavisi**

Aterotrombotik iskemik inme geçirme öyküsünden sonra ikinci bir inmenin önlenmesi için antiplatelet ilaçlar köşe taşı tedavi protokolünü oluşturmaktadır. Aspirin inme tekrarında belirgin bir azalmaya yol açtığı için yaygın kullanılan ajan olarak ilk sırada yerini almaktadır. Klopidoğrel, aspirin, prasugrel, tikagrelor, ve dipiridamol kombinasyonu oluşturulması tedavide diğer ajanlar olarak yer almaktadır (45).

#### **2.4.9. Tiroid bozuklukları**

##### **2.4.9.1. Hipotiroidi tanım, tanı ve tedavisi**

Doku düzeyinde tiroid hormonu eksikliği veya daha az oranda etkisiz kalması sonucu ortaya çıkan, metabolizmada yavaşlama ile karakterize bir hastalık tablosuna verilen addır (46).

Çoğu zaman spesifik klinik belirtiler olmadığı için, tanı bütünüyle biyokimyasal testlere dayalı yorumlanarak konmaktadır. Primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere alt grupları bulunmaktadır. Primer aşikâr hipotiroidi tablosunda serum TSH yüksek ve serum sT4 düzeyi düşüktür. sT4 düzeyinin normal, TSH düzeyinin yüksek saptandığı

durumlar subklinik hipotiroidi olarak tanımlanmaktadır. Santral hipotiroidi başlığı altında bulunan sekonder ve tersiyer hipotiroidide ise sT4 düzeyi azalmış olarak saptanmasına karşın, TSH düzeyi buna göre anlamlı olarak yükselmemiştir (46).

Aşkar hipotiroidi tanısı alan tüm vakalar levotiroksinreplasman tedavisi alması ve TSH düzeyinin  $\geq 10$  mU/L olduğu hasta grubunun tedavi edilmesinde ortak bir kanaat bulunmaktadır. Başlangıçta ortalama ihtiyaç 1.2-1.6 µg/kg olarak belirlenmiştir. Tiroid dokusu bulunmayan hastalarda ve santral hipotiroidisi olanlarda daha yüksek dozlar (100-250 µg/gün) gerekebilmektedir (47).

#### 2.4.9.2. Hipertiroidi tanım, tanı ve tedavisi

Hipertiroiditiroid bezinden fazla hormon sentez ve salgısıyla karakterize bir tanım iken tirotoksikoz kaynağından bağımsız olarak fazla miktarda tiroid hormonunun oluşturduğu klinik bulgulara denilmektedir (47).

Aşkar hipertiroidi tablosunda TSH baskılı, sT4 ve sT3 yüksek saptanmaktadır. TSH baskılı iken serbestlerin normal olduğu duruma subklinik tirotoksikoz denmektedir. Bezde üretimin arttığı durumlarda (hipertiroidi) T3 yüksekliği daha belirgin iken yıkıma bağlı nedenlerde T4 artışı daha ön planda olmaktadır. Laboratuvar olarak tirotoksikoz tanısı konduktan sonra en kritik ayırt ettirici test radyoaktif iyot uptake (RAIU) testidir. Radyoaktif iyot uptake artmış veya yüksek/normal olan olgularda artmış hormon üretimi düşünülürken düşük radyoaktif iyot uptake'iekojentiroid hormon kaynağı veya önceden üretilmiş hormonların salınımını (yıkıma bağlı) tirotoksikozu düşündürmektedir (46).

Semptom kontrolü yapılması ve altta yatan hipertiroidinin düzeltilmesi tedavinin iki alt başlığını oluşturur. Semptomlar çoğunlukla artan beta adrenerjik uyarıya bağlı olduğundan beta blokerler semptom kontrolü için öncelikli tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. Non-spesifik bir beta bloker olan propanolol T4'ten T3'e periferik dönüşümü de azaltarak ek avantaj sağlayabilmektedir. Hipertiroidinin kontrolünde antitiroid ajanlar, radyoaktif iyot ve cerrahi; kendine özgü avantajları ve dezavantajları bulunan primer tedavi seçeneklerini oluşturmaktadır (47).

## **2.4.10. Kronik böbrek hastalığı (KBH)**

### **2.4.10.1. KBH tanımı ve tanısı**

Böbreğin işlevinde ve/veya yapısında kalıcı değişikliğe sekonder bir klinik sendromdur ve geri döndürülemezliği ve yavaş ve ilerleyici prognozu ile karakterize bir tablodur (48).

Erişkinde,  $\geq 3$  ay süre boyunca glomerüler filtrasyon hızı (GFR)  $< 60$  ml/dak/1,73 m<sup>2</sup> veya GFR  $> 60$  ml/dak/1,73 m<sup>2</sup> olmasına rağmen böbrek yapısında hasar olduğuna dair kanıtlar bulunduğunda KBY tanısı konmaktadır (48). Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri Tablo 5’de gösterilmiştir.

**Tablo 5.** NKF-DOQI Sistemi Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri(49)

| Evre | Tanım                                                               | GFH (ml/dak/1,73m <sup>2</sup> ) |
|------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 0    | Risk faktörü bulunuyor                                              | $\geq 90$                        |
| 1    | Böbrek hasarı var, GFH normal aralıkta                              | $\geq 90$                        |
| 2    | Böbrek hasarı var, GFH hafif derecede düşmüş                        | 60-89                            |
| 3    | GFH orta derecede azalmış                                           | 30-59                            |
| 4    | GFH ciddi derecede azalmış                                          | 15-29                            |
| 5    | Böbrek Yetmezliği gelişmiş<br>(Diyaliz/Transplantasyon endikasyonu) | $< 15$                           |

### **2.4.10.2. KBY tedavisi**

Temel tedavinin amaçları:

- KBH'ın ilerlemesini yavaşlatmak
- Anemi, mineral, kemik bozuklukları, elektrolit bozuklukları, metabolik asidoz, kardiyovasküler hastalıklar gibi komplikasyonların önlenmesi
- Hastayı renal replasman tedavisine hazırlamak şeklinde bileşenlerden oluşmaktadır.



Kronik böbrek hastalığı hastaların morbidite ve mortalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Konservatif tedavinin düzenlenmesi böbrek disfonksiyonunun ilerlemesini yavaşlatmak ve komplikasyonların oluşumunu azaltmak için çok önemlidir ve etkilenen popülasyonun prognozu üzerinde olumlu bir etkiye sahip bulunmaktadır (48).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı**

Araştırmamız analitik-kesitsel bir çalışmadır. Çalışmamız 1 Eylül 2023 ve 1 Mart 2024 tarihleri arasında Kahramanmaraş depreminden etkilenmiş 18 yaş üstü kronik hastalığı olan bireyler ile yapılmıştır. Bu çalışmamızda amacımız bir doğal afet durumunda kronik hastalığa sahip bireylerin bu durumdan hangi ölçüde etkilendiği, ilaçlarını düzenli kullanmaya devam düzeyinin ve mevcut durumda komplikasyon veya hastaneye yatış gerektiren bir unsur oluşup oluşmadığının değerlendirilmesi olup olası afetler için bu bireylerin en az etkileneceği stratejiler oluşturulmasına katkı sağlamaktır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 1) 6 Şubat Kahramanmaraş depremini Kahramanmaraş'ta yaşamış olmak
- 2) 18 yaş üstü kronik hastalığa/hastalıklara (Diabetes Mellitus (Şeker), Hipertansiyon, KOAH-Astım, KAH (Koroner arter hastalığı), Hiperlipidemi (Kolesterol Yüksekliği), Stroke (İnme), Tiroid (Guatr, Hiper-hipotiroidi), Kronik Böbrek Hastalığı, Diğer) sahip olmak

Çalışmadan dışlama kriterleri:

- 1) Kahramanmaraş'ta ikamet etmekte olup depremi burada yaşamamış olmak
- 2) 18 yaş altı olmak
- 3) Kahramanmaraş'ta ikamet etmemek

#### **3.2. Etik Kurul Onayı**

Bu araştırmanın etik onayı Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 19.07.2023 tarihinde 2023/05 oturumunda 21 protokol kodu ve 06 numaralı karar ile verilmiştir.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamızın evrenini son 3 ayda KSÜ Tıp Fakültesine başvuran 18 yaş üstü 149.877 kişi oluşturmaktadır. Gelişigüzel örnekleme yöntemiyle %5 hata payı %95 güven aralığında örneklem 384 olarak hesaplanmış olup 384 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Bu çalışma, çalışmaya katılmayı kabul eden Kahramanmaraş depreminden etkilenen ve kronik hastalığı olan 18 yaş üstü Kahramanmaraş halkına uygulanmıştır. Anket 400 kişiye uygulanmış, anket cevapları uyumsuz olan 15 hasta çalışma dışı bırakılarak toplamda 385 katılımcının verileri incelenmiştir.

### 3.4. Verilerin Toplanması

Literatür taraması sonucu oluşturuluş olan 62 soruluk anketin 11 tanesi sosyodemografik verileri, 20 tanesi deprem sürecini sorgulamak üzere hazırlanmış olup son bölümdeki 6 soru Türkçe ModifiyeMorisky Ölçeği, 25 soru KHUÖ (Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği)kullanılarak hazırlanmıştır.

Araştırmamız toplum tabanlı olup anket 18 yaş üstü ve 6Şubat Kahramanmaraş depremini burada yaşamış kronik hastalığa sahip bireylere dijital ortamda (<https://docs.google.com/forms/d/1xqqH8jetH86hMJe2rvP3u3fJUlMVZHD7kUl0GrZmA4o/edit>), telefon ile veya yüzyüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Katılımcılara uygulanan 62 soruluk anketin A bölümündeki 11 soru katılımcıların sosyodemografik verilerini sorgulamaktadır. B bölümündeki 20 soru deprem öncesi dönemde katılımcıların kronik hastalık takibine uyumunu, izlem sıklığını ilaç uyumunu ve deprem anındaki kayıp ve yaşam şeklini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. C bölümünde 2 adet ölçek kullanılmıştır.

1. Ölçek Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği olup 6 sorudan oluşmaktadır. Sorularda cevaplama opsiyonu olarak Evet ve Hayır bulunmakta ve değerlendirmede; 2 ve 5. Sorularda hayır 0 puan, evet 1 puan; diğer sorularda hayır 1 puan, evet 0 puan olarak skorlanmaktadır. 1,2 ve 6. sorular hastanın motivasyon düzeyini değerlendirmekte ve hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorular hastanın bilgi düzeyini değerlendirmekte ve hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyi, >1 ise yüksek bilgi düzeyi olarak yorumlanmaktadır (50).

2. Ölçek ise KHUÖ olup üç alt boyuttan oluşmakta ve 25 sorusu olan bu ölçekte;

1. bölüm fiziksel uyumu ölçmekte olup; 1., 9., 10., 13., 14., 15., 16., 18., 22., 23., 24. maddeler (maksimum 55, minimum 11 puan) bu bölüme dahildir.

2. bölüm sosyal uyumu ölçmekte olup; 2., 3., 5., 7., 17., 19., 25. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan) bu bölüme dahildir.

3. bölüm psikolojik uyumu ölçmekte olup; 4. , 6., 8., 11., 12., 20., 21. sorular (en fazla 35, en az 7 puan) bu bölüme dahildir.

1. , 2. , 3. , 4. , 7. , 8. , 9. , 10. , 11. , 13. , 14. , 15. , 16. , 18. , 21. , 22. , 23. sorular normal (1,2,3,4,5 olarak); 5. , 6. , 12. , 17. , 19. , 20. , 24. , 25. sorular ters (5,4,3,2,1 olacak şekilde) skorlanmaktadır.

Ölçekten alınan puan en az 25 olup, en fazla 125'tir. Ölçeğin alt boyutlarından ve/veya tamamından alınan puanların artması, hastalığa uyum düzeylerinin de artması olarak yorumlanmaktadır (51).

### 3.5. İstatistiksel analiz

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc. , Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı datalar kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) değerleri ile belirtilmiştir. 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 yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır. Ölçeklerin prediktörlerinin tespit edilmesi için Lineer Regresyon analizi uygulanmıştır. Model oluşturulurken Enter metodu kullanılmış olup ikili testlerde ve korelasyon testinde anlamlı ilişki görülenler modele dahil edilmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Çalışmamıza 218'i (%56,62) kadın ve 167'si (%43,38) erkek olarak toplam 385 hasta dahil edilmiş olup yaş ortalamaları  $47,65 \pm 14,59$  (min=16-maks=82) yıldır. Hastaların %23,12'si ortaokul ve altı mezunu iken, %38,96'sı lise ve %37,92'si ise üniversite ve üzeri mezunudur. Hastaların %25,97'si bekar ve %74,03'ü evlidir. Hastaların %94,55'inin sosyal güvencesi varken %49,61'i çalışıyor ve çalışanların %70,53'ü deprem sonrasında çalışmaya devam etmiştir. Hastaların %88,05'i kentte %11,95'i ise kırdaki yaşamaktadır. Hastaların %5,45'i alkol ve %43,90'ı ise sigara kullanmaktadır (Tablo 6).

**Tablo 6.** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

|                                            |                 | Sayı        | %     |
|--------------------------------------------|-----------------|-------------|-------|
| Cinsiyet                                   | Kadın           | 218         | 56,62 |
|                                            | Erkek           | 167         | 43,38 |
| Yaş, Ort±SS                                |                 | 47,65±14,59 |       |
| Eğitim durumu                              | Okuryazar değil | 5           | 1,30  |
|                                            | Okuryazar       | 10          | 2,60  |
|                                            | İlkokul         | 60          | 15,58 |
|                                            | Ortaokul        | 14          | 3,64  |
|                                            | Lise            | 150         | 38,96 |
|                                            | Üniversite      | 146         | 37,92 |
| Medeni durum                               | Bekar           | 100         | 25,97 |
|                                            | Evli            | 285         | 74,03 |
| Sosyal güvence                             | Var             | 364         | 94,55 |
|                                            | Yok             | 21          | 5,45  |
| Çalışma durumu                             | Çalışıyor       | 191         | 49,61 |
|                                            | Çalışmıyor      | 194         | 50,39 |
| Deprem sonrası çalışmaya devam etme durumu | Evet            | 134         | 70,53 |
|                                            | Hayır           | 56          | 29,47 |
| Meslek                                     | İşçi            | 18          | 4,68  |
|                                            | Memur           | 121         | 31,43 |
|                                            | Serbest melek   | 54          | 14,03 |
|                                            | Emekli          | 50          | 12,99 |
|                                            | Ev hanımı       | 128         | 33,25 |
|                                            | İşsiz           | 3           | ,78   |
|                                            | Öğrenci         | 11          | 2,86  |
| Yaşanılan yer                              | Kent            | 339         | 88,05 |
|                                            | Kır             | 46          | 11,95 |
| Alkol                                      | Var             | 21          | 5,45  |
|                                            | Yok             | 364         | 94,55 |
| Sigara                                     | Var             | 169         | 43,90 |
|                                            | Yok             | 216         | 56,10 |

Çalışmaya dahil edilen hastaların kronik hastalıkları incelendiğinde %46,75’inde diabetes mellitus, %31,69’unda hipertansiyon, %15,58’inde tiroid hastalığı, %13,25’inde hiperlipidemi, %8,57’sinde KAH, %8,05’inde KOAH-astım, %4,16’sında dermatolojik hastalık, %3,64’ünde KBY, %2,08’inde kalp yetmezliği, %1,04’ünde psikiyatrik hastalık, %1,04’ünde inme ve %2,60’ında ise diğer hastalıklar olduğu görülmüştür (Tablo 7).

**Tablo 7.** Katılımcıların kronik hastalıkları

|                      | Sayı | %     |
|----------------------|------|-------|
| <b>DM</b>            | 180  | 46,75 |
| <b>HT</b>            | 122  | 31,69 |
| <b>Tiroid</b>        | 60   | 15,58 |
| <b>Hiperlipidemi</b> | 51   | 13,25 |
| <b>KAH</b>           | 33   | 8,57  |
| <b>KOAH-astım</b>    | 31   | 8,05  |
| <b>Dermatolojik</b>  | 16   | 4,16  |
| <b>KBY</b>           | 14   | 3,64  |
| <b>KY</b>            | 8    | 2,08  |
| <b>Psikiyatrik</b>   | 4    | 1,04  |
| <b>İnme</b>          | 4    | 1,04  |
| <b>Diğer</b>         | 10   | 2,60  |

Hastaların %11,95’inde deprem öncesinde izlem yok iken %23,90’ı 0-3 ayda bir ve %64,16’sı ise senede bir deprem öncesinde muayene olmaktadır. Hastaların %86,23’ü deprem öncesinde düzenli ilaç kullanıyor iken %6,75’i deprem öncesinde sağlık kuruluşuna başvurmamış ve %38,44’ü 1-3 defa, %54,81’i ise 3’ten fazla başvurmuştur. Katılımcıların %36,10’u depremde mal kaybına uğramıştır. Hastaların %21,56’sı depremde birinci derecede yakınına kaybetmiş iken %20’si kendi veya yakını yaralanmıştır. Katılımcıların %89,09’u deprem nedeni ile yer değiştirmiş iken %76,88’i evde ve %23,12’si ise konteynerda kalmaktadır. Hastaların %24,16’sı deprem döneminde kullanması gereken ilaçları almadığı olmamış iken %15,32’si en fazla %30’unu kullanmamış ve %60,52’si ise %30’undan fazlasını kullanamamıştır. Katılımcıların %73,77’si deprem döneminde ilaçlarını temin etmekte güçlük yaşamış iken %6,49’u deprem döneminde ekonomik sıkıntılardan dolayı ilaç alamamıştır ve %7,53’ü deprem sürecinde tedaviden fayda görmediğini düşünerek ilaçlarını kullanmayı

bırakmıştır. Hastaların %59,74'ü depremde sonra ilk olarak ilacını sahra eczanesinden, %5,97'si yakınlarının ilacını, %21,56'sı evindeki eski ilaçlara ulaşmış, %9,61'i çevre illerden temin etmiş ve %3,12'si ise temin edememiştir. Hastaların %70,13'ü ilaçlarını temin ettikten sonra düzenli ve doğru şekilde kullanmış iken %68,05'i deprem sonrası kronik hastalığı nedeniyle hastaneye başvurmuş ve %23,64'ü hastaneye yatmış olup %16,10'u depremde itibaren kronik hastalığı sebebiyle komplikasyon yaşamıştır (Tablo 8).

**Tablo 8.** Katılımcıların deprem süreci ile ilgili özellikleri

|                                                                                                        |                                   | Sayı | %     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------|-------|
| Deprem öncesi muayene sıklığı                                                                          | İzlem yok                         | 46   | 11,95 |
|                                                                                                        | 0-3 ayda bir                      | 92   | 23,90 |
|                                                                                                        | Senede bir                        | 247  | 64,16 |
| Deprem öncesi düzenli ilaç kullanımı                                                                   | Evet                              | 332  | 86,23 |
|                                                                                                        | Hayır                             | 53   | 13,77 |
| Depremden sonra sağlık kurumuna başvuru sayısı                                                         | 0                                 | 26   | 6,75  |
|                                                                                                        | 1-3                               | 148  | 38,44 |
|                                                                                                        | >3                                | 211  | 54,81 |
| Depremde mal kaybı                                                                                     | Evet                              | 139  | 36,10 |
|                                                                                                        | Hayır                             | 246  | 63,90 |
| Deprem sebebiyle birinci derece yakın kaybı                                                            | Evet                              | 83   | 21,56 |
|                                                                                                        | Hayır                             | 302  | 78,44 |
| Depremde siz veya bir yakınınız yaralandı mı?                                                          | Evet                              | 77   | 20,00 |
|                                                                                                        | Hayır                             | 308  | 80,00 |
| Deprem nedeniyle geçici veya kalıcı yer değişikliği                                                    | Evet                              | 343  | 89,09 |
|                                                                                                        | Hayır                             | 42   | 10,91 |
| Şu anda kalınan yer                                                                                    | Ev                                | 296  | 76,88 |
|                                                                                                        | Konteyner                         | 89   | 23,12 |
| Deprem döneminde devamlı kullanmanız gereken ilaçları kullanamadığınız oldu mu?                        | Olmadı                            | 93   | 24,16 |
|                                                                                                        | En fazla %30'unu kullanmadım      | 59   | 15,32 |
|                                                                                                        | %30'dan fazlasını kullanmadım     | 233  | 60,52 |
| Deprem döneminde ilaçları temin etmekte güçlük yaşadığınız oldu mu?                                    | Evet                              | 284  | 73,77 |
|                                                                                                        | Hayır                             | 101  | 26,23 |
| Deprem döneminde ekonomik problemlerden dolayı ilaç alamadığınız oldu mu?                              | Evet                              | 25   | 6,49  |
|                                                                                                        | Hayır                             | 360  | 93,51 |
| Deprem sürecinde tedaviden fayda alamadığınızı düşünerek ilaçlarınızı kullanmayı bıraktığınız oldu mu? | Evet                              | 29   | 7,53  |
|                                                                                                        | Hayır                             | 356  | 92,47 |
| Depremden sonra ilaçlarınızı ilk olarak nerden temin ettiniz?                                          | Sahra eczanesinden aldım          | 230  | 59,74 |
|                                                                                                        | Yakınlarımdan ilacından kullandım | 23   | 5,97  |
|                                                                                                        | Evimdeki eski ilaçlara ulaştım    | 83   | 21,56 |
|                                                                                                        | Çevre illerden temin ettim        | 37   | 9,61  |
|                                                                                                        | Temin edemedim                    | 12   | 3,12  |
| İlaçlarınızı temin ettikten sonra düzenli bir şekilde ve doğru dozlarda kullanabildiniz mi?            | Evet                              | 270  | 70,13 |
|                                                                                                        | Hayır                             | 115  | 29,87 |
| Depremden itibaren kronik hastalıklar sebebiyle hastaneye başvuru                                      | Evet                              | 262  | 68,05 |
|                                                                                                        | Hayır                             | 123  | 31,95 |
| Depremden itibaren kronik hastalıklarınız sebebiyle hastaneye yatış öyküsü                             | Evet                              | 91   | 23,64 |
|                                                                                                        | Hayır                             | 294  | 76,36 |
| Depremden itibaren kronik hastalıklar sebebiyle komplikasyon gelişme durumu                            | Evet                              | 62   | 16,10 |
|                                                                                                        | Hayır                             | 323  | 83,90 |

Hastaların %20,78'inin motivasyonu düşük iken %79,22'sinin ise yüksektir. Hastaların %10,65'inin bilgisi düşük iken %89,35'inin ise yüksektir (Tablo 9).

**Tablo 9.** Katılımcıların Modifiye Morisky Ölçeği değerleri

|                   |        | Sayı | %     |
|-------------------|--------|------|-------|
| <b>Motivasyon</b> | Düşük  | 80   | 20,78 |
|                   | Yüksek | 305  | 79,22 |
| <b>Bilgi</b>      | Düşük  | 41   | 10,65 |
|                   | Yüksek | 344  | 89,35 |

Hastaların KHUÖ puanları Tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Katılımcıların KHUÖ puanları

|                        | Ort±SS      | Min-maks |
|------------------------|-------------|----------|
| <b>Fiziksel uyum</b>   | 44,80±10,09 | 15-55    |
| <b>Sosyal uyum</b>     | 25,67±6,21  | 11-35    |
| <b>Psikolojik uyum</b> | 23,10±4,03  | 11-35    |
| <b>KHUÖ toplam</b>     | 93,57±16,84 | 35-125   |

Eğitim durumu arasında motivasyon ( $p<0,001$ ) ve bilgi ( $p=0,001$ ) kategorisi açısından anlamlı farklılık görülmüş olup bu farklılık lise grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmış ve lise grubunun motivasyonun yüksek olma oranı daha yüksektir. Çalışanların motivasyonunun düşük olma oranı (%25,65) çalışmayanların oranından (%15,98) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0,019$ ). Deprem sonrası çalışmaya devam edenlerin motivasyonunun düşük olma oranı (%30,60) çalışmayanların oranından (%14,29) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0,019$ ). Sigara içenlerin motivasyonunun düşük olma oranı (%14,79) içmeyenlerin oranından (%25,46) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ( $p=0,010$ ). Sigara içenlerin bilgilerinin düşük olma oranı (%2,96) içmeyenlerin oranından (%16,67) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ( $p<0,01$ ), (Tablo 11).



**Tablo 11.** Sosyodemografik özelliklere göre Modifiye Morisky Ölçeği sonucunun karşılaştırılması

|                               |                  | Motivasyon |                    |        |       | Bilgi  |                    |        |        |
|-------------------------------|------------------|------------|--------------------|--------|-------|--------|--------------------|--------|--------|
|                               |                  | Düşük      |                    | Yüksek |       | Düşük  |                    | Yüksek |        |
|                               |                  | n          | %                  | n      | %     | n      | %                  | n      | %      |
| <b>Cinsiyet</b>               | Kadın            | 42         | 19,27              | 176    | 80,73 | 19     | 8,72               | 199    | 91,28  |
|                               | Erkek            | 38         | 22,75              | 129    | 77,25 | 22     | 13,17              | 145    | 86,83  |
| <b>p*</b>                     |                  | 0,403      |                    |        |       | 0,160  |                    |        |        |
| <b>Eğitimdurumu</b>           | Ortaokul ve altı | 27         | 30,34 <sup>a</sup> | 62     | 69,66 | 17     | 19,10 <sup>a</sup> | 72     | 80,90  |
|                               | Lise             | 9          | 6,00 <sup>b</sup>  | 141    | 94,00 | 6      | 4,00 <sup>b</sup>  | 144    | 96,00  |
|                               | Üniversite       | 44         | 30,14 <sup>a</sup> | 102    | 69,86 | 18     | 12,33 <sup>a</sup> | 128    | 87,67  |
| <b>p*</b>                     |                  | <0,001     |                    |        |       | 0,001  |                    |        |        |
| <b>Medenidurum</b>            | Bekar            | 25         | 25,00              | 75     | 75,00 | 11     | 11,00              | 89     | 89,00  |
|                               | Evli             | 55         | 19,30              | 230    | 80,70 | 30     | 10,53              | 255    | 89,47  |
| <b>p*</b>                     |                  | 0,227      |                    |        |       | 0,895  |                    |        |        |
| <b>Sosyal güvence</b>         | Var              | 74         | 20,33              | 290    | 79,67 | 38     | 10,44              | 326    | 89,56  |
|                               | Yok              | 6          | 28,57              | 15     | 71,43 | 3      | 14,29              | 18     | 85,71  |
| <b>p*</b>                     |                  | 0,405      |                    |        |       | 0,479  |                    |        |        |
| <b>Çalışma durumu</b>         | Çalışıyor        | 49         | 25,65              | 142    | 74,35 | 21     | 10,99              | 170    | 89,01  |
|                               | Çalışmıyor       | 31         | 15,98              | 163    | 84,02 | 20     | 10,31              | 174    | 89,69  |
| <b>p*</b>                     |                  | 0,019      |                    |        |       | 0,827  |                    |        |        |
| <b>Deprem sonrası çalışma</b> | Evet             | 41         | 30,60              | 93     | 69,40 | 16     | 11,94              | 118    | 88,06  |
|                               | Hayır            | 8          | 14,29              | 48     | 85,71 | 5      | 8,93               | 51     | 91,07  |
| <b>p*</b>                     |                  | 0,019      |                    |        |       | 0,546  |                    |        |        |
| <b>Yaşanılan yer</b>          | Kent             | 66         | 19,47              | 273    | 80,53 | 32     | 9,44               | 307    | 90,56  |
|                               | Kır              | 14         | 30,43              | 32     | 69,57 | 9      | 19,57              | 37     | 80,43  |
| <b>p*</b>                     |                  | 0,085      |                    |        |       | 0,069  |                    |        |        |
| <b>Alkol</b>                  | Var              | 1          | 4,76               | 20     | 95,24 | 0      | ,00                | 21     | 100,00 |
|                               | Yok              | 79         | 21,70              | 285    | 78,30 | 41     | 11,26              | 323    | 88,74  |
| <b>p*</b>                     |                  | 0,092      |                    |        |       | 0,148  |                    |        |        |
| <b>Sigara</b>                 | Var              | 25         | 14,79              | 144    | 85,21 | 5      | 2,96               | 164    | 97,04  |
|                               | Yok              | 55         | 25,46              | 161    | 74,54 | 36     | 16,67              | 180    | 83,33  |
| <b>p*</b>                     |                  | 0,010      |                    |        |       | <0,001 |                    |        |        |

\*Kikare analizi kullanılmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup

DM hastalığı olanların motivasyon ( $p<0,001$ ) ve bilgisi ( $p=0,007$ ) DM hastalığı olmayanlarınkinden anlamlı şekilde yüksektir. KOAH-astım hastalığı olanların bilgisi KOAH-astım hastalığı olmayanlarınkinden anlamlı şekilde düşüktür ( $p=0,003$ ). İnme

hastalığı olanların motivasyonu inme hastalığı olmayanlarından anlamlı şekilde düşüktür( $p=0,030$ ).KBY hastalığı olanların motivasyon ( $p=0,049$ ) ve bilgisi ( $p=0,049$ ) KBY hastalığı olmayanlarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 12).

**Tablo 12.** Kronik hastalıklara göre Modifiye Morisky Ölçeği sonucunun karşılaştırılması

|               |     | Motivasyon       |       |        |       | Bilgi        |       |        |       |
|---------------|-----|------------------|-------|--------|-------|--------------|-------|--------|-------|
|               |     | Düşük            |       | Yüksek |       | Düşük        |       | Yüksek |       |
|               |     | n                | %     | n      | %     | n            | %     | n      | %     |
| DM            | Var | 22               | 12,22 | 158    | 87,78 | 11           | 6,11  | 169    | 93,89 |
|               | Yok | 58               | 28,29 | 147    | 71,71 | 30           | 14,63 | 175    | 85,37 |
| <b>p*</b>     |     | <b>&lt;0,001</b> |       |        |       | <b>0,007</b> |       |        |       |
| HT            | Var | 27               | 22,13 | 95     | 77,87 | 9            | 7,38  | 113    | 92,62 |
|               | Yok | 53               | 20,15 | 210    | 79,85 | 32           | 12,17 | 231    | 87,83 |
| <b>p*</b>     |     | 0,656            |       |        |       | 0,156        |       |        |       |
| KOAHA-astım   | Var | 10               | 32,26 | 21     | 67,74 | 9            | 29,03 | 22     | 70,97 |
|               | Yok | 70               | 19,77 | 284    | 80,23 | 32           | 9,04  | 322    | 90,96 |
| <b>p*</b>     |     | 0,100            |       |        |       | <b>0,003</b> |       |        |       |
| KAH           | Var | 5                | 15,15 | 28     | 84,85 | 1            | 3,03  | 32     | 96,97 |
|               | Yok | 75               | 21,31 | 277    | 78,69 | 40           | 11,36 | 312    | 88,64 |
| <b>p*</b>     |     | 0,405            |       |        |       | 0,232        |       |        |       |
| Hiperlipidemi | Var | 13               | 25,49 | 38     | 74,51 | 8            | 15,69 | 43     | 84,31 |
|               | Yok | 67               | 20,06 | 267    | 79,94 | 33           | 9,88  | 301    | 90,12 |
| <b>p*</b>     |     | 0,373            |       |        |       | 0,211        |       |        |       |
| İnme          | Var | 3                | 75,00 | 1      | 25,00 | 2            | 50,00 | 2      | 50,00 |
|               | Yok | 77               | 20,21 | 304    | 79,79 | 39           | 10,24 | 342    | 89,76 |
| <b>p*</b>     |     | <b>0,030</b>     |       |        |       | 0,058        |       |        |       |
| Tiroid        | Var | 15               | 25,00 | 45     | 75,00 | 8            | 13,33 | 52     | 86,67 |
|               | Yok | 65               | 20,00 | 260    | 80,00 | 33           | 10,15 | 292    | 89,85 |
| <b>p*</b>     |     | 0,380            |       |        |       | 0,463        |       |        |       |
| KBY           | Var | 6                | 42,86 | 8      | 57,14 | 4            | 28,57 | 10     | 71,43 |
|               | Yok | 74               | 19,95 | 297    | 80,05 | 37           | 9,97  | 334    | 90,03 |
| <b>p*</b>     |     | <b>0,049</b>     |       |        |       | <b>0,049</b> |       |        |       |
| KY            | Var | 4                | 50,00 | 4      | 50,00 | 1            | 12,50 | 7      | 87,50 |
|               | Yok | 76               | 20,16 | 301    | 79,84 | 40           | 10,61 | 337    | 89,39 |
| <b>p*</b>     |     | 0,062            |       |        |       | 0,597        |       |        |       |
| Psikiyatrik   | Var | 2                | 50,00 | 2      | 50,00 | 1            | 25,00 | 3      | 75,00 |
|               | Yok | 78               | 20,47 | 303    | 79,53 | 40           | 10,50 | 341    | 89,50 |
| <b>p*</b>     |     | 0,192            |       |        |       | 0,364        |       |        |       |
| Dermatolojik  | Var | 4                | 25,00 | 12     | 75,00 | 4            | 25,00 | 12     | 75,00 |
|               | Yok | 76               | 20,60 | 293    | 79,40 | 37           | 10,03 | 332    | 89,97 |
| <b>p*</b>     |     | 0,752            |       |        |       | 0,078        |       |        |       |

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

Depremde mal kaybı yaşayanların düşük motivasyon olma oranı (%32,37) mal kaybı olmayanların oranından (%14,23) anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0,001$ ). Depremde mal kaybı yaşayanların düşük bilgili olma oranı (%17,27) mal kaybı olmayanların oranından (%6,91) anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,002$ ). Depremde yakın kaybı yaşayanların düşük bilgili olma oranı (%16,87) yakın kaybı olmayanların oranından (%8,94) anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,038$ ). Depremde kendisi ya da yakını yaralananların düşük bilgili olma oranı (%16,88) yaralanmayanların oranından (%9,09) anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,047$ ). Depremde yer değiştirmek zorunda kalanların düşük motivasyon olma oranı (%18,95) yer değiştirmeyenlerin oranından (%35,71) anlamlı şekilde düşüktür ( $p=0,011$ ). Depremde yer değiştirmek zorunda kalanların düşük bilgili olma oranı (%9,04) yer değiştirmeyenlerin oranından (%23,81) anlamlı şekilde düşüktür ( $p=0,007$ ). İlaçları alamama durumu arasında anlamlı farklılık görülmüş olup bu farklılık ilaçlarını alabilenler ile %30'dan fazlasını kullanamayanlar arasındaki farktan kaynaklanmış ve %30'dan fazlasını kullanamayanlar daha yüksek motivasyona sahipti ( $p<0,001$ ). İlaçları temin etmede güçlük yaşayanların düşük motivasyon olma oranı (%14,79) güçlük yaşamayanların oranından (%37,62) anlamlı şekilde düşüktür ( $p<0,001$ ). İlaçları temin etmede güçlük yaşayanların düşük bilgili olma oranı (%8,10) güçlük yaşamayanların oranından (%17,82) anlamlı şekilde düşüktür ( $p=0,007$ ). Ekonomik nedenli ilaç alamayanların düşük motivasyon olma oranı (%52,00) ilaç alabilenlerin oranından (%18,61) anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0,001$ ). Ekonomik nedenli ilaç alamayanların düşük bilgili olma oranı (%36,00) ilaç alabilenlerin oranından (%8,89) anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0,001$ ). İlaçları kullanmayı bırakanların düşük motivasyon olma oranı (%75,86) bırakmamış olanların oranından (%16,29) anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0,001$ ). İlaçları kullanmayı bırakanların düşük bilgili olma oranı (%51,72) bırakmamış olanların oranından (%7,30) anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0,001$ ). Düzenli bir şekilde ve doğru ilaç kullananların düşük motivasyon olma oranı (%17,04) kullanmayanların oranından (%29,57) anlamlı şekilde düşüktür ( $p=0,006$ ). Düzenli bir şekilde ve doğru ilaç kullananların düşük bilgili olma oranı (%7,04) kullanmayanların oranından (%19,13) anlamlı şekilde düşüktür ( $p<0,001$ ). Deprem sonrası hastaneye başvurmuş olanların düşük motivasyon olma oranı (%17,56) başvurmamış olanların oranından (%27,64) anlamlı şekilde düşüktür ( $p=0,023$ ). Deprem sonrası hastalığı nedeni ile komplikasyon gelişenlerin düşük bilgili olma oranı (%19,35) komplikasyon gelişmemiş olanların oranından (%8,98) anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,015$ ), (Tablo 13).

**Tablo 13.** Deprem süreci ile ilgili özelliklere göre Modifiye Morisky Ölçeği sonucunun karşılaştırılması

|                                             |                  | Motivasyon       |                      |        |       | Bilgi            |       |        |       |
|---------------------------------------------|------------------|------------------|----------------------|--------|-------|------------------|-------|--------|-------|
|                                             |                  | Düşük            |                      | Yüksek |       | Düşük            |       | Yüksek |       |
|                                             |                  | n                | %                    | n      | %     | n                | %     | n      | %     |
| Depremde mal kaybı                          | Evet             | 45               | 32,37                | 94     | 67,63 | 24               | 17,27 | 115    | 82,73 |
|                                             | Hayır            | 35               | 14,23                | 211    | 85,77 | 17               | 6,91  | 229    | 93,09 |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>&lt;0,001</b> |                      |        |       | <b>0,002</b>     |       |        |       |
| Yakın kaybı                                 | Evet             | 23               | 27,71                | 60     | 72,29 | 14               | 16,87 | 69     | 83,13 |
|                                             | Hayır            | 57               | 18,87                | 245    | 81,13 | 27               | 8,94  | 275    | 91,06 |
| <b>p*</b>                                   |                  | 0,079            |                      |        |       | <b>0,038</b>     |       |        |       |
| Kendi veya yakınında yaralanma              | Evet             | 18               | 23,38                | 59     | 76,62 | 13               | 16,88 | 64     | 83,12 |
|                                             | Hayır            | 62               | 20,13                | 246    | 79,87 | 28               | 9,09  | 280    | 90,91 |
| <b>p*</b>                                   |                  | 0,530            |                      |        |       | <b>0,047</b>     |       |        |       |
| Yer değiştirme durumu                       | Evet             | 65               | 18,95                | 278    | 81,05 | 31               | 9,04  | 312    | 90,96 |
|                                             | Hayır            | 15               | 35,71                | 27     | 64,29 | 10               | 23,81 | 32     | 76,19 |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>0,011</b>     |                      |        |       | <b>0,007</b>     |       |        |       |
| Şu anda kalınan yer                         | Ev               | 67               | 22,64                | 229    | 77,36 | 31               | 10,47 | 265    | 89,53 |
|                                             | Konteyner        | 13               | 14,61                | 76     | 85,39 | 10               | 11,24 | 79     | 88,76 |
| <b>p*</b>                                   |                  | 0,102            |                      |        |       | 0,838            |       |        |       |
| İlaçları alamama durumu                     | Olmadı           | 34               | 36,56 <sup>a</sup>   | 59     | 63,44 | 13               | 13,98 | 80     | 86,02 |
|                                             | %30kullanamadı   | 13               | 22,03 <sup>a,b</sup> | 46     | 77,97 | 5                | 8,47  | 54     | 91,53 |
|                                             | >%30 kullanamadı | 33               | 14,16 <sup>b</sup>   | 200    | 85,84 | 23               | 9,87  | 210    | 90,13 |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>&lt;0,001</b> |                      |        |       | 0,467            |       |        |       |
| İlaç temininde güçlük                       | Evet             | 42               | 14,79                | 242    | 85,21 | 23               | 8,10  | 261    | 91,90 |
|                                             | Hayır            | 38               | 37,62                | 63     | 62,38 | 18               | 17,82 | 83     | 82,18 |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>&lt;0,001</b> |                      |        |       | <b>0,007</b>     |       |        |       |
| Ekonomik nedenli ilaç alamama               | Evet             | 13               | 52,00                | 12     | 48,00 | 9                | 36,00 | 16     | 64,00 |
|                                             | Hayır            | 67               | 18,61                | 293    | 81,39 | 32               | 8,89  | 328    | 91,11 |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>&lt;0,001</b> |                      |        |       | <b>&lt;0,001</b> |       |        |       |
| İlaçları kullanmayı bırakma                 | Evet             | 22               | 75,86                | 7      | 24,14 | 15               | 51,72 | 14     | 48,28 |
|                                             | Hayır            | 58               | 16,29                | 298    | 83,71 | 26               | 7,30  | 330    | 92,70 |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>&lt;0,001</b> |                      |        |       | <b>&lt;0,001</b> |       |        |       |
| Düzenli bir şekilde ve doğru ilaç kullanımı | Evet             | 46               | 17,04                | 224    | 82,96 | 19               | 7,04  | 251    | 92,96 |
|                                             | Hayır            | 34               | 29,57                | 81     | 70,43 | 22               | 19,13 | 93     | 80,87 |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>0,006</b>     |                      |        |       | <b>&lt;0,001</b> |       |        |       |
| Hastaneye başvuru                           | Evet             | 46               | 17,56                | 216    | 82,44 | 26               | 9,92  | 236    | 90,08 |
|                                             | Hayır            | 34               | 27,64                | 89     | 72,36 | 15               | 12,20 | 108    | 87,80 |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>0,023</b>     |                      |        |       | 0,501            |       |        |       |
| Hastaneye yatış                             | Evet             | 18               | 19,78                | 73     | 80,22 | 13               | 14,29 | 78     | 85,71 |
|                                             | Hayır            | 62               | 21,09                | 232    | 78,91 | 28               | 9,52  | 266    | 90,48 |
| <b>p*</b>                                   |                  | 0,788            |                      |        |       | 0,198            |       |        |       |
| Komplikasyon                                | Evet             | 17               | 27,42                | 45     | 72,58 | 12               | 19,35 | 50     | 80,65 |
|                                             | Hayır            | 63               | 19,50                | 260    | 80,50 | 29               | 8,98  | 294    | 91,02 |
| <b>p*</b>                                   |                  | 0,159            |                      |        |       | <b>0,015</b>     |       |        |       |

\*Kikare analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup

Kadınların fiziksel uyum ( $p<0,001$ ), sosyal uyum ( $p=0,004$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) erkeklerin puanından anlamlı şekilde yüksektir. Eğitim durumu arasında fiziksel uyum açısından anlamlı farklılık görülmüş olup bu farklılık sadece lise mezunu olanlar ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmış ve lise mezunu olanların puanı daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Eğitim durumu arasında sosyal uyum, psikolojik uyum ve toplam puan açısından anlamlı farklılık görülmüş olup bu farklılık sadece ortaokul ve altı mezunu olanlar ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmış ve ortaokul ve altı mezunu olanların puanı daha düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Bekarların fiziksel uyum ( $p=0,021$ ), psikolojik uyumu ( $p=0,013$ ) ve toplam puanı ( $p=0,027$ ) evlilerin puanından anlamlı şekilde düşüktür. Sosyal güvencesi olanların fiziksel uyum ( $p=0,004$ ), sosyal uyum ( $p=0,045$ ) ve toplam puanı ( $p=0,004$ ) sosyal güvencesi olmayanların puanından anlamlı şekilde yüksektir. Çalışanların fiziksel uyum ( $p=0,003$ ) ve psikolojik uyum puanı ( $p=0,029$ ) çalışmayanların puanından anlamlı şekilde düşüktür. Kentte yaşayanların fiziksel uyum ( $p=0,004$ ), sosyal uyum ( $p<0,001$ ), psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) kırdan puanından anlamlı şekilde yüksektir. Sigara içenlerin fiziksel uyum ( $p<0,001$ ), sosyal uyum ( $p<0,001$ ), psikolojik uyum ( $p=0,008$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) sigara içmeyenlerin puanından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 14).

**Tablo 14.** Sosyodemografik özelliklere göre KHUÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması

|                        |                  | Fiziksel uyum            | Sosyal uyum             | Psikolojik uyum         | KHUÖ toplam              |
|------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
|                        |                  | Ort±SS                   | Ort±SS                  | Ort±SS                  | Ort±SS                   |
| Cinsiyet               | Kadın            | 46,50±9,09               | 26,43±6,13              | 23,33±3,95              | 96,26±16,22              |
|                        | Erkek            | 42,59±10,9               | 24,68±6,2               | 22,79±4,12              | 90,06±17,05              |
| <b>p*</b>              |                  | <b>&lt;0,001</b>         | <b>0,004</b>            | 0,090                   | <b>&lt;0,001</b>         |
| Eğitim durumu          | Ortaokul ve altı | 42,43±9,48 <sup>a</sup>  | 21,47±5,52 <sup>a</sup> | 21,27±3,6 <sup>a</sup>  | 85,17±14,67 <sup>a</sup> |
|                        | Lise             | 47,93±8,72 <sup>b</sup>  | 26,95±5,56 <sup>b</sup> | 23,34±3,61 <sup>b</sup> | 98,21±14,61 <sup>b</sup> |
|                        | Üniversite       | 43,04±10,96 <sup>a</sup> | 26,92±6,16 <sup>b</sup> | 23,96±4,34 <sup>b</sup> | 93,92±18,32 <sup>b</sup> |
| <b>p**</b>             |                  | <b>&lt;0,001</b>         | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b>         |
| Medenidurum            | Bekar            | 43,57±9,6                | 24,63±6,9               | 22,32±4,41              | 90,52±16,93              |
|                        | Evli             | 45,24±10,24              | 26,04±5,93              | 23,37±3,86              | 94,64±16,71              |
| <b>p*</b>              |                  | <b>0,021</b>             | 0,088                   | <b>0,013</b>            | <b>0,027</b>             |
| Sosyal güvence         | Var              | 45,17±9,93               | 25,81±6,25              | 23,15±4,09              | 94,13±16,8               |
|                        | Yok              | 38,38±10,95              | 23,29±5,15              | 22,19±2,73              | 83,86±14,79              |
| <b>p*</b>              |                  | <b>0,004</b>             | <b>0,045</b>            | 0,290                   | <b>0,004</b>             |
| Çalışma durumu         | Çalışıyor        | 42,94±11,24              | 26,18±5,81              | 23,69±4,13              | 92,81±17,53              |
|                        | Çalışmıyor       | 46,63±8,45               | 25,17±6,57              | 22,52±3,85              | 94,32±16,15              |
| <b>p*</b>              |                  | <b>0,003</b>             | 0,235                   | <b>0,029</b>            | 0,439                    |
| Deprem sonrası çalışma | Evet             | 42,27±11,4               | 25,95±5,82              | 23,69±4,47              | 91,90±18,14              |
|                        | Hayır            | 44,63±10,85              | 26,71±5,83              | 23,63±3,23              | 94,96±16,09              |
| <b>p*</b>              |                  | 0,175                    | 0,415                   | 0,860                   | 0,324                    |
| Yaşanılan yer          | Kent             | 45,29±9,95               | 26,33±6,03              | 23,43±3,94              | 95,05±16,43              |
|                        | Kır              | 41,24±10,49              | 20,78±5,4               | 20,61±3,83              | 82,63±15,95              |
| <b>p*</b>              |                  | <b>0,004</b>             | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b>         |
| Alkol                  | Var              | 48,00±7,8                | 26,33±6,24              | 22,67±3,31              | 97,00±13,95              |
|                        | Yok              | 44,62±10,18              | 25,63±6,22              | 23,12±4,07              | 93,37±16,99              |
| <b>p*</b>              |                  | 0,214                    | 0,558                   | 0,749                   | 0,397                    |
| Sigara                 | Var              | 47,08±9,34               | 27,20±5,92              | 23,66±3,58              | 97,93±15,06              |
|                        | Yok              | 43,02±10,31              | 24,48±6,19              | 22,65±4,31              | 90,15±17,4               |
| <b>p*</b>              |                  | <b>&lt;0,001</b>         | <b>&lt;0,001</b>        | <b>0,008</b>            | <b>&lt;0,001</b>         |

\*Mann Whitney U testi, \*\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup

DM tanısı olanların fiziksel uyum ( $p<0,001$ ) puanı DM tanısı olmayanlarınkinden anlamlı olarak yüksek iken sosyal uyum ( $p=0,033$ ) ve psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) puanı ise anlamlı şekilde düşüktür. HT tanısı olanların sosyal uyum ( $p=0,007$ ), psikolojik uyum ( $p=0,008$ ) ve toplam puanı ( $p=0,012$ ) HT tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.KOAH-astım tanısı olanların fiziksel uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puanı ( $p=0,023$ ) KOAH-astım tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.KAH tanısı olanların sosyal uyum ( $p<0,001$ ), psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) KAH tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.Hiperlipidemi tanısı olanların fiziksel uyum ( $p=0,001$ ) ve toplam puanı ( $p=0,017$ ) hiperlipidemi tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. İnme tanısı olanların fiziksel uyum ( $p=0,021$ ), sosyal uyum ( $p=0,006$ ) ve toplam puanı ( $p=0,012$ ) inme tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.Tiroid tanısı olanların sosyal uyum ( $p=0,002$ ), psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puanı ( $p=0,009$ ) tiroid tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.KBY tanısı olanların fiziksel uyum ( $p<0,001$ ), sosyal uyum ( $p<0,001$ ), psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) KBY tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Psikiyatrik hastalık tanısı olanların fiziksel uyum ( $p=0,010$ ) ve toplam puanı ( $p=0,018$ ) psikiyatrik hastalık tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Dermatolojik hastalık tanısı olanların fiziksel uyum puanı dermatolojik hastalık tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ( $p=0,004$ ), (Tablo 15).

**Tablo 15.** Kronik hastalıklara göre KHUÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması

|                      |     | Fiziksel uyum    | Sosyal uyum      | Psikolojik uyum  | KHUÖ toplam      |
|----------------------|-----|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                      |     | Ort±SS           | Ort±SS           | Ort±SS           | Ort±SS           |
| <b>DM</b>            | Var | 48,06±7,59       | 24,79±6,56       | 22,28±3,75       | 95,13±15,18      |
|                      | Yok | 41,95±11,11      | 26,44±5,8        | 23,81±4,14       | 92,20±18,11      |
| <b>p*</b>            |     | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,033</b>     | <b>&lt;0,001</b> | 0,192            |
| <b>HT</b>            | Var | 44,34±9,79       | 24,30±6,41       | 22,05±3,64       | 90,68±16,17      |
|                      | Yok | 45,02±10,23      | 26,31±6,03       | 23,58±4,11       | 94,91±17,01      |
| <b>p*</b>            |     | 0,246            | <b>0,007</b>     | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,012</b>     |
| <b>KOAH-astım</b>    | Var | 38,06±10,47      | 26,23±5,33       | 23,06±3,86       | 87,35±16,75      |
|                      | Yok | 45,39±9,85       | 25,62±6,29       | 23,10±4,05       | 94,11±16,77      |
| <b>p*</b>            |     | <b>&lt;0,001</b> | 0,784            | 0,949            | <b>0,023</b>     |
| <b>KAH</b>           | Var | 43,00±8,81       | 20,00±5,67       | 20,48±3          | 83,48±12,79      |
|                      | Yok | 44,97±10,19      | 26,20±6          | 23,34±4,03       | 94,51±16,88      |
| <b>p*</b>            |     | 0,061            | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Hiperlipidemi</b> | Var | 39,78±11,23      | 25,00±5,77       | 23,24±4,01       | 88,02±18,14      |
|                      | Yok | 45,57±9,69       | 25,77±6,28       | 23,07±4,04       | 94,42±16,5       |
| <b>p*</b>            |     | <b>0,001</b>     | 0,333            | 0,991            | <b>0,017</b>     |
| <b>İnme</b>          | Var | 31,75±10,53      | 17,25±2,22       | 19,25±6,55       | 68,25±17,11      |
|                      | Yok | 44,94±10,01      | 25,76±6,18       | 23,14±3,99       | 93,83±16,66      |
| <b>p*</b>            |     | <b>0,021</b>     | <b>0,006</b>     | 0,177            | <b>0,012</b>     |
| <b>Tiroid</b>        | Var | 45,20±10,61      | 27,97±6,37       | 24,62±4,11       | 97,78±18,67      |
|                      | Yok | 44,73±10         | 25,25±6,1        | 22,82±3,96       | 92,79±16,4       |
| <b>p*</b>            |     | 0,500            | <b>0,002</b>     | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,009</b>     |
| <b>KBY</b>           | Var | 35,64±9,24       | 16,50±4,49       | 18,93±3,41       | 71,07±12,8       |
|                      | Yok | 45,15±9,97       | 26,02±6,01       | 23,25±3,97       | 94,42±16,4       |
| <b>p*</b>            |     | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>KY</b>            | Var | 44,88±8,84       | 27,13±6,51       | 22,00±2,93       | 94,00±14,92      |
|                      | Yok | 44,80±10,12      | 25,64±6,21       | 23,12±4,05       | 93,56±16,9       |
| <b>p*</b>            |     | 0,808            | 0,568            | 0,420            | 0,907            |
| <b>Psikiyatrik</b>   | Var | 31,00±7,48       | 20,25±4,27       | 21,50±7,19       | 72,75±10,9       |
|                      | Yok | 44,95±10,02      | 25,73±6,21       | 23,11±4          | 93,79±16,77      |
| <b>p*</b>            |     | <b>0,010</b>     | 0,067            | 0,437            | <b>0,018</b>     |
| <b>Dermatolojik</b>  | Var | 37,88±9,92       | 25,25±5,64       | 24,56±5,02       | 87,69±18,18      |
|                      | Yok | 45,10±10         | 25,69±6,24       | 23,03±3,98       | 93,82±16,76      |
| <b>p*</b>            |     | <b>0,004</b>     | 0,762            | 0,165            | 0,144            |

\*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.



Depremde malını kaybetmiş olanların fiziksel uyum ( $p<0,001$ ), sosyal uyum ( $p<0,001$ ), psikolojik uyum ( $p=0,033$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) malını kaybetmemiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremde yakınını kaybetmiş olanların fiziksel uyum ( $p<0,001$ ), sosyal uyum ( $p<0,001$ ), psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) yakınını kaybetmemiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremde kendisi veya yakını yaralananların fiziksel uyum ( $p=0,006$ ), sosyal uyum ( $p<0,001$ ), psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) yaralanmamış olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremde yer değiştirmek zorunda kalmış olanların fiziksel uyum ( $p<0,001$ ), sosyal uyum ( $p=0,022$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) yer değiştirmemiş olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Şu anda evde kalanların sosyal uyum ( $p=0,004$ ) ve psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) puanı konteynerde kalanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. İlaçları almama durumu arasında fiziksel uyum açısından anlamlı farklılık görülmüş ve bu farklılık tüm gruplar arasından kaynaklanmış olup ilaçlarını %30'dan fazla kullanamamış olanların puanı daha yüksektir ( $p<0,001$ ). İlaçları almama durumu arasında sosyal uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puan ( $p<0,001$ ) açısından anlamlı farklılık görülmüş ve bu farklılık ilaçlarını almış olanlar ile diğer iki grup arasından kaynaklanmış olup ilaçlarını alanların puanı daha düşüktür. İlaç temininde güçlük yaşamış olanların fiziksel uyum ( $p<0,001$ ), sosyal uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) güçlük yaşamamış olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ekonomik nedenli ilaç alamamış olanların fiziksel uyum ( $p<0,001$ ), sosyal uyum ( $p<0,001$ ), psikolojik uyum ( $p=0,002$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) ilaç alabilmiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremde ilaçları kullanmayı bırakanların fiziksel uyum ( $p<0,001$ ), sosyal uyum ( $p=0,001$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) bırakmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremden sonra düzenli ve doğru şekilde ilaç kullanmış olanların fiziksel uyum ( $p=0,005$ ), sosyal uyum ( $p<0,001$ ), psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) düzenli ilaç kullanmamış olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Depremden sonra hastaneye başvurmuş olanların fiziksel uyum ( $p=0,001$ ) puanı başvurmamış olanların puanından anlamlı şekilde yüksek; sosyal uyum ( $p=0,005$ ) ve psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) puanı ise anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremden sonra hastaneye yatmış olanların sosyal uyum ( $p<0,001$ ), psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puanı ( $p=0,005$ ) yatmamış olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremden sonra komplikasyon gelişmiş olanların fiziksel uyum

( $p=0,025$ ), sosyal uyum ( $p<0,001$ ), psikolojik uyum ( $p<0,001$ ) ve toplam puanı ( $p<0,001$ ) komplikasyon gelişmemiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Tablo 16).

**Tablo 16.** Deprem süreci ile ilgili özelliklere göre KHUÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması

|                                             |                  | Fiziksel uyum           | Sosyal uyum             | Psikolojik uyum  | KHUÖ toplam              |
|---------------------------------------------|------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|--------------------------|
|                                             |                  | Ort±SS                  | Ort±SS                  | Ort±SS           | Ort±SS                   |
| Depremde mal kaybı                          | Evet             | 41,60±10,67             | 23,65±6,24              | 22,50±4,14       | 87,76±17,28              |
|                                             | Hayır            | 46,61±9,29              | 26,81±5,92              | 23,43±3,93       | 96,85±15,7               |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b>        | <b>0,033</b>     | <b>&lt;0,001</b>         |
| Yakın kaybı                                 | Evet             | 41,88±10,33             | 22,66±6                 | 21,67±3,86       | 86,22±16,2               |
|                                             | Hayır            | 45,61±9,89              | 26,50±6,02              | 23,49±3,99       | 95,59±16,48              |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b>         |
| Kendi veya yakınında yarananma              | Evet             | 42,39±10,53             | 22,99±6,19              | 21,60±4,01       | 86,97±16,84              |
|                                             | Hayır            | 45,41±9,9               | 26,34±6,05              | 23,47±3,95       | 95,22±16,46              |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>0,006</b>            | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b>         |
| Yer değiştirme durumu                       | Evet             | 45,73±9,53              | 25,90±6,26              | 23,05±3,93       | 94,68±16,35              |
|                                             | Hayır            | 37,24±11,42             | 23,76±5,58              | 23,48±4,8        | 84,48±18,27              |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>&lt;0,001</b>        | <b>0,022</b>            | <b>0,843</b>     | <b>&lt;0,001</b>         |
| Şu anda kalınan yer                         | Ev               | 44,39±10,33             | 26,24±5,77              | 23,66±3,9        | 94,29±16,75              |
|                                             | Konteyner        | 46,17±9,16              | 23,78±7,22              | 21,22±3,89       | 91,17±17,02              |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>0,427</b>            | <b>0,004</b>            | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,140</b>             |
| İlaçları alamama durumu                     | Olmadı           | 35,90±9,52 <sup>a</sup> | 23,54±4,68 <sup>a</sup> | 23,52±4,57       | 82,96±15,25 <sup>a</sup> |
|                                             | %30 kullanamadı  | 44,10±9,68 <sup>b</sup> | 26,95±5,29 <sup>b</sup> | 23,00±3,23       | 94,05±15,38 <sup>b</sup> |
|                                             | >%30 kullanamadı | 48,53±7,95 <sup>c</sup> | 26,20±6,76 <sup>b</sup> | 22,95±3,98       | 97,68±16 <sup>b</sup>    |
| <b>p**</b>                                  |                  | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b>        | <b>0,953</b>     | <b>&lt;0,001</b>         |
| İlaç temininde güçlük                       | Evet             | 48,03±8,14              | 26,38±6,57              | 23,07±3,8        | 97,48±15,65              |
|                                             | Hayır            | 35,72±9,52              | 23,68±4,56              | 23,18±4,62       | 82,58±15,21              |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b>        | <b>0,625</b>     | <b>&lt;0,001</b>         |
| Ekonomik nedenli ilaç alamama               | Evet             | 31,80±11,8              | 21,76±3,77              | 20,68±3,39       | 74,24±15,86              |
|                                             | Hayır            | 45,71±9,32              | 25,94±6,26              | 23,26±4,02       | 94,91±16,09              |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b>        | <b>0,002</b>     | <b>&lt;0,001</b>         |
| İlaçları kullanmayı bırakma                 | Evet             | 33,69±8,06              | 21,86±5,57              | 21,97±5,1        | 77,52±15,93              |
|                                             | Hayır            | 45,71±9,7               | 25,98±6,17              | 23,19±3,92       | 94,88±16,25              |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>&lt;0,001</b>        | <b>0,001</b>            | <b>0,244</b>     | <b>&lt;0,001</b>         |
| Düzenli bir şekilde ve doğru ilaç kullanımı | Evet             | 45,71±9,68              | 26,55±5,81              | 23,79±3,76       | 96,05±15,81              |
|                                             | Hayır            | 42,66±10,74             | 23,61±6,65              | 21,47±4,19       | 87,74±17,81              |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>0,005</b>            | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b>         |
| Hastaneye başvuru                           | Evet             | 46,21±9,16              | 24,99±6,3               | 22,31±3,64       | 93,51±15,98              |
|                                             | Hayır            | 41,80±11,29             | 27,11±5,79              | 24,78±4,3        | 93,69±18,62              |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>0,001</b>            | <b>0,005</b>            | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,658</b>             |
| Hastaneye yatış                             | Evet             | 45,35±10,41             | 22,62±6,75              | 20,80±3,78       | 88,77±18,19              |
|                                             | Hayır            | 44,63±10                | 26,62±5,73              | 23,81±3,84       | 95,05±16,15              |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>0,452</b>            | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,005</b>             |
| Komplikasyon                                | Evet             | 42,68±9,8               | 20,48±6,09              | 20,21±3,58       | 83,37±16,63              |
|                                             | Hayır            | 45,21±10,11             | 26,67±5,73              | 23,65±3,88       | 95,53±16,19              |
| <b>p*</b>                                   |                  | <b>0,025</b>            | <b>&lt;0,001</b>        | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b>         |

\*Mann Whitney U testi, \*\*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. <sup>a,b</sup>Farklılığın kaynaklandığı grup

Fiziksel uyum puanı ile sosyal uyum ve psikolojik uyum, motivasyon ve bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür. Hatta fiziksel uyum ve KHUÖ toplam puanı arasında mükemmel korelasyon olduğu saptanmıştır. Sosyal uyum ile psikolojik uyum, motivasyon ve bilgi puanı arasında pozitif yönde; sosyal uyum ile yaş arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Psikolojik uyum ile motivasyon ve bilgi puanı arasında pozitif yönde; psikolojik puan ile yaş arasında negatif yönde anlamlı korelasyon belirlenmiştir. KHUÖ puanı ile motivasyon ve bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Motivasyon puanı ile bilgi puanı ve yaş arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon vardır(Tablo 17).

**Tablo 17.** Ölçek puanlarının korelasyonu

|                  |   | Fiziksel uyum | Sosyal uyum | Psikolojik uyum | KHUÖ toplam | Motivasyon puanı | Bilgi puanı |
|------------------|---|---------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|-------------|
| Sosyal uyum      | r | ,553          |             |                 |             |                  |             |
|                  | p | <b>,000</b>   |             |                 |             |                  |             |
| Psikolojik uyum  | r | ,416          | ,678        |                 |             |                  |             |
|                  | p | <b>,000</b>   | <b>,000</b> |                 |             |                  |             |
| KHUÖ toplam      | r | ,864          | ,858        | ,731            |             |                  |             |
|                  | p | <b>,000</b>   | <b>,000</b> | <b>,000</b>     |             |                  |             |
| Motivasyon puanı | r | ,666          | ,373        | ,225            | ,575        |                  |             |
|                  | p | <b>,000</b>   | <b>,000</b> | <b>,000</b>     | <b>,000</b> |                  |             |
| Bilgi puanı      | r | ,598          | ,362        | ,213            | ,528        | ,685             |             |
|                  | p | <b>,000</b>   | <b>,000</b> | <b>,000</b>     | <b>,000</b> | <b>,000</b>      |             |
| Yaş              | r | ,083          | -,230       | -,190           | -,087       | ,125             | ,052        |
|                  | p | ,105          | <b>,000</b> | <b>,000</b>     | ,089        | ,014             | ,305        |

Yapılan multiple lineer regresyon analizine göre motivasyon, bilgi, sosyal uyum ve psikolojik uyum puanı fiziksel uyumu pozitif yönde predikte etmektedir. Psikolojik uyum ve fiziksel uyum puanı sosyal uyum puanını pozitif şekilde öngörmektedir. Fiziksel uyum puanı ve sosyal uyum puanı psikolojik uyum puanını pozitif yönde predikte etmektedir. Motivasyon ve bilgi puanı KHUÖ toplam puanını pozitif şekilde öngörmektedir. Bilgi puanı ve fiziksel uyum puanı motivasyon puanını pozitif olarak predikte etmektedir. Motivasyon puanı ve fiziksel uyum puanı bilgi puanını pozitif olarak predikte etmektedir (Tablo 18).

**Tablo 18.** Ölçek puanlarının lineer regresyon analizi

|                                                                                                   | $\beta$ | SE    | Standart $\beta$ | t      | p                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|------------------|--------|------------------|
| <b>Fiziksel uyum (<math>R^2=0,511</math>; <math>F=99,095</math>; <math>p&lt;0,001</math>)</b>     |         |       |                  |        |                  |
| Motivasyon puanı                                                                                  | 4,261   | ,514  | ,409             | 8,288  | <b>&lt;0,001</b> |
| Bilgi puanı                                                                                       | 2,526   | ,633  | ,197             | 3,993  | <b>&lt;0,001</b> |
| Sosyal uyum                                                                                       | ,292    | ,084  | ,180             | 3,487  | <b>0,001</b>     |
| Psikolojik uyum                                                                                   | ,318    | ,122  | ,127             | 2,598  | <b>0,010</b>     |
| <b>Sosyal uyum (<math>R^2=0,531</math>; <math>F=107,545</math>; <math>p&lt;0,001</math>)</b>      |         |       |                  |        |                  |
| Motivasyon puanı                                                                                  | ,413    | ,336  | ,064             | 1,229  | 0,220            |
| Bilgi puanı                                                                                       | ,724    | ,388  | ,092             | 1,867  | 0,063            |
| Psikolojik uyum                                                                                   | ,885    | ,059  | ,574             | 15,026 | <b>&lt;0,001</b> |
| Fiziksel uyum                                                                                     | ,106    | ,030  | ,172             | 3,487  | <b>0,001</b>     |
| <b>Psikolojik uyum (<math>R^2=0,469</math>; <math>F=84,002</math>; <math>p&lt;0,001</math>)</b>   |         |       |                  |        |                  |
| Motivasyon puanı                                                                                  | -,289   | ,232  | -,069            | -1,245 | 0,214            |
| Bilgi puanı                                                                                       | -,184   | ,268  | -,036            | -,686  | 0,493            |
| Fiziksel uyum                                                                                     | ,055    | ,021  | ,138             | 2,598  | <b>0,010</b>     |
| Sosyal uyum                                                                                       | ,421    | ,028  | ,649             | 15,026 | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>KHUÖ toplam puan (<math>R^2=0,369</math>; <math>F=111,652</math>; <math>p&lt;0,001</math>)</b> |         |       |                  |        |                  |
| Motivasyon puanı                                                                                  | 6,919   | ,956  | ,398             | 7,235  | <b>&lt;0,001</b> |
| Bilgi puanı                                                                                       | 5,649   | 1,179 | ,264             | 4,793  | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Motivasyon puanı(<math>R^2=0,552</math>; <math>F=117,195</math>; <math>p&lt;0,001</math>)</b>  |         |       |                  |        |                  |
| Bilgi puanı                                                                                       | ,557    | ,052  | ,452             | 10,726 | <b>&lt;0,001</b> |
| Fiziksel uyum                                                                                     | ,036    | ,004  | ,374             | 8,288  | <b>&lt;0,001</b> |
| Sosyal uyum                                                                                       | ,010    | ,008  | ,061             | 1,229  | 0,220            |
| Psikolojik uyum                                                                                   | -,014   | ,011  | -,059            | -1,245 | 0,214            |
| <b>Bilgi puanı(<math>R^2=0,491</math>; <math>F=91,597</math>; <math>p&lt;0,001</math>)</b>        |         |       |                  |        |                  |
| Motivasyon puanı                                                                                  | ,417    | ,039  | ,514             | 10,726 | <b>&lt;0,001</b> |
| Fiziksel uyum                                                                                     | ,016    | ,004  | ,205             | 3,993  | <b>&lt;0,001</b> |
| Sosyal uyum                                                                                       | ,013    | ,007  | ,099             | 1,867  | 0,063            |
| Psikolojik uyum                                                                                   | -,007   | ,010  | -,034            | -,686  | 0,493            |

## 5. TARTIŞMA

Afetler, mevcut hastalıkları şiddetlendirmeye ek olarak, yeni kronik hastalıkların oluşmasına da ortam hazırlamaktadır. Afetten sonra en kırılgan popülasyonlardan biri kronik hastalık sahibi olan bireylerdir. Yaşanan son afetler, kronik hastalık sahibi bireyler için afete hazırlık tedbirlerinin önemsenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu bireylerin, afetler nedeniyle pek çok zorlu koşulla karşılaştığı bilinmekle birlikte afet sonrasında bakımı oldukça zorlu bir süreçte yol açmaktadır (8).

Issa ve ark.larının (52) yaptığı bir çalışmaya ilaveten Cruz-Cano ve ark.larının (53) Irma ve Maria kasırgası sonrasında yaptıkları bir çalışmada ölümlerin en az %30'unun hipertansiyon, diyabet, astım, kardiyovasküler hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve psikiyatrik hastalıklar gibi kronik hastalıkların komplikasyonlarından kaynaklandığını tahmin etmektedir. Çalışmamıza katılan hastaların kronik hastalıkları incelendiğinde %46,75'inde diabetes mellitus, %31,69'unda hipertansiyon, %15,58'inde tiroid hastalığı, %13,25'inde hiperlipidemi, %8,57'sinde KAH, %8,05'inde KOAH-astım, %4,16'sında dermatolojik hastalık, %3,64'ünde KBY, %2,08'inde kalp yetmezliği, %1,04'ünde psikiyatrik hastalık, %1,04'ünde inme ve %2,60'ında ise diğer hastalıklar olduğu görülmüştür. Sağlık bakanlığı tarafından 2013 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada HT sıklığının %48, DM sıklığının %8, HPL sıklığının %14, KOAH sıklığının %4, psikiyatrik bozukluk sıklığının %11,7 olduğu saptanmıştır (54). 2013 yılında Rize'de polikliniğe başvuran hastalarda yürütülen bir çalışmada da en sık görülen kronik hastalıklar sırasıyla hipertansiyon, diyabet ve tiroid hastalıkları olmuştur (55). Yanbaş ve ark.larının (56) COVID-19 pandemisi sonrasında kronik hastalığı olan bireyleri incelediği bir çalışmada çalışmaya dahil olan katılımcıların %55,2'sinde KVS hastalıkları, %30,9'unda diyabet, %18,6'sında diyabet harici endokrinopatiler, %14,5'inde solunum, %7,9'unda romatolojik, %5,5'inde nörolojik, %3'ünde gastroenterolojik, %2,5'inde genitoüriner, %1,4'ünde psikiyatrik, %0,5'inde kas iskelet sistemi hastalıkları olduğu ortaya konmuştur. Literatürdeki bu çalışmalar da göz önüne alındığında toplumda kardiyovasküler hastalıkların, diyabet ve hipertansiyon hastalıklarının yüksek oranda görüldüğü söylenebilir. Bizim çalışmamızda ise en sık görülen hastalık %46,75 oranı ile diabetes mellitus olmuştur. Bu sonuç bozulan beslenme düzeni ve fiziksel aktivite eksikliği temelinde son 10 yılda DM vakalarının ortaya çıkması ve artması ile

açıklanabilir. Ayrıca bu sonucun zaman içinde tarama programları kapsamında DM tanısı almış ve takibi yapılan hasta sayısının geçmişe göre artmış olmasından kaynaklanması da mümkün olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların %11,95'inin deprem öncesinde izlemi yok iken %23,90'ı 0-3 ayda bir ve %64,16'sı ise senede bir deprem öncesinde muayene olmaktadır. Hastaların %86,23'ü deprem öncesinde düzenli ilaç kullanmaktadır. Demirbaş ve ark.larının (57) yaptığı bir çalışmada; hastalar %64,03 oranında üç ayda bir kez doktora gittiklerini ifade ederken, hastaların %53,86'sı ilaçlarını düzenli olarak kullandığını, %44,73 hastanın ise unutkanlıktan kaynaklı ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmadığını ortaya koymuştur. Uğrak ve ark.larının (58) yaptığı başka bir çalışmada ise katılımcıların kronik hastalıkları için son altı ay içerisinde izlem sıklıklarına bakıldığında kronik hastalığı olanların %47,6'sı izlem için bir sağlık kurumuna başvurduğu saptanmıştır. Zelko ve ark.larının (59) yaptıkları bir derlemede ilaç uyumsuzluğu prevalansının tüm dünyada %6 ile %55 arasında olduğu saptanmıştır. Literatür ile kıyaslandığında çalışmamıza katılan hastaların birçoğunun senelik izlemler yaptırarak diğer çalışmalarda yakalanan izlem sıklığının altında kaldığı görülmüştür. Bu farklılığın sebebi olarak çalışmamızdaki hastaların kronik hastalıkları için kullandıkları ilaçların raporlarının yenilenme zamanına kadar herhangi bir klinik veya laboratuvar kontrol yaptırmamalarından kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda %86,23 oranla düzenli ilaç kullanımı literatürdeki diğer çalışmalara kıyasla yüksek bulunmuştur. Bu durum hastaların oluşabilecek komplikasyonlardan endişelenmesi veya polifarmasi nedeniyle kullandıkları ilaçları günün belirli saatleriyle eşleştirmiş olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda hastaların %88,06'sı izlem yaptırmakta ve %86,23'ü düzenli ilaç kullanmaktadır. Sadece izlem sıklığı kronik hastalığın türüne ve önerilen izlem sıklığına göre değişmiş olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların %24,16'sı deprem döneminde kullanması gereken ilaçları düzenli almış iken %15,32'si ilaçlarının en fazla %30'unu kullanmamış ve %60,52'si ise ilaçlarının %30'undan fazlasını kullanamamıştır. Aldrich ve ark.larının (60) yaptığı bir çalışmada Katrina Kasırgası sonrasında, Houston barınaklarında yaşayan ve 680 tahliye edilmiş kişi üzerinde yapılan bir çalışmada bu kişilerin %43'ünün ilaç kullanması gerektiğini; ve ilaç alması gerekenlerin %29'unun reçetelerini doldurtmada problemler yaşadıklarını ortaya koydu. Karayurt ve ark.larının (61) Marmara depremi sonrasında kronik hastalığı olan bireyleri değerlendirdikleri bir

çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin sürekli ilaç kullanma durumu %88.2, deprem sonrası dönemde ilaçsız kalma durumu %44.1 olarak bulunmuştur. Yanbaş ve ark. larının (56) pandemi döneminde kronik hastalıkların ve ilaç kullanımının etkilenmesi üzerine yaptıkları bir çalışmada pandemi döneminde kullanılması gereken ilaçların kullanım durumu sorgulandığında %83,6'sının tüm ilaçlarını kullandığı, %8,2'sinin en fazla %30'unu kullanmadığı, yine %8,2'nin %30'undan fazlasını kullanmadığı saptanmıştır. İlaçları temin etmede %8,7'si günlük çekmiş, katılımcıların %4,6'sı ekonomik sorunlardan dolayı ilaç temin edememiştir. Tedaviden fayda görmediğini düşünerek ilaç almayanlar %9,6'dır. Literatürdeki çalışmalarla kıyaslandığında olağanüstü durumlarda ilaç kullanımına devam düzeyi arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. Bu farklılığın bir doğal afet sonrası sağlık hizmetleri ve lojistik sorunların yapısal hasar veya koordinasyon yetersizliğinden kaynaklı ilaç kullanımına devam anlamında sorun yaşanmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ancak pandemi gibi bir olağanüstü durumda hastaların yapısal hasar ve koordinasyon yetersizliğinden kaynaklanan ilaçlara ulaşım zorluğu mevcut değildir. Pandemi döneminde hastaneye erişim kısıtlanmış ancak ilaç raporlarının süresi uzatıldığı için ilaç temininde yıkıcı etkileri olan doğal afetler kadar kısıtlama olmaması hastaların ilaçlarını düzenli kullanmasına devam etmelerini daha az etkilemiş olabilir. İlerleyen süreçte hastaların sağlık kurumuna erişim, reçete yenileme durumlarında yaşayabileceği potansiyel sorunlardan ve ilaçlarını kullanmadıkları senaryoda gelişebilecek komplikasyonlarda yine sağlık hizmetlerine erişimde problem yaşayacağı endişesiyle ilaçlarını düzenli ve doğru dozlarda kullanmış olabilecekleri tahmininde bulunabilir. Ancak bir afet durumunda sağlık kurumlarına ulaşım aksaklıklar yaşanabileceği hatta hastaların evdeki eski ilaçlarına ulaşmalarının bile zor olduğu durumlarda ilaç kullanımına düzenli devam edilememesi çalışmamızda beklediğimiz bir sonuçtur. Bu sonuç kronik hastalığı olan bireylerin olağanüstü hallerde devamlı kullandıkları ilaçlarına ivedilikle ulaşabilmeleri için uygun stratejiler geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %73,77'si deprem döneminde ilaçlarını temin etmekte günlük yaşamış iken %6,49'u deprem döneminde ekonomik sıkıntılardan dolayı ilaç alamamıştır ve %7,53'ü deprem sürecinde tedaviden fayda görmediğini düşünerek ilaçlarını kullanmayı bırakmıştır. Hastaların %59,74'ü depremden sonra ilk olarak ilacını sahra eczanesinden temin etmiş, %5,97'si yakınlarının ilacını kullanmış,

%21,56'sı evindeki eski ilaçlara ulaşmış, %9,61'i ilaçlarını çevre illerden temin etmiş ve %3,12'si ise ilaçlarını temin edememiştir. Hastaların %70,13'ü ilaçlarını temin ettikten sonra düzenli ve doğru şekilde kullanmıştır. Bu bulgular çalışmamızın kilit taşı olup yaşanan bir doğal afet sonrasında insanların sahip oldukları günlük rutinden uzaklaşmaları ve devamlı kullandıkları ilaçlara ulaşmaları konusunda sorun yaşadıklarını yansıtmaktadır. Ekonomik nedenlerden dolayı ilaç alamama oranının düşük olması Türkiye'de geçerli zorunlu sağlık sigortası bulunmasından kaynaklanıyor olabilir. Bir diğer neden de Sosyal Güvenlik Kurumu kararı ile depremi yaşayan 10 ilde ikametgahı olan vatandaşların, hastalık raporunun bulunması ve son 3 ayda raporla ilaç temin etmeleri halinde, bu ilaçların bir seferliğine 484-Doğal Afet uyarı kodu ile reçetesiz karşılanmasına yönelik düzenleme yapılmasından kaynaklanmış olabilir (62). Hastaların yüksek oranda ilaçlarını sahra eczanesinden temin etmeleri olası bir afet durumunda sahra eczanelerinin önemini vurgulamaktadır. İlaçlarını temin edebilen çoğunluğun bu ilaçları sahra eczanesinden temin etmesi ve ilaç temini sonrası ilaçların doğru ve düzenli kullananların önemli oranda yüksek olması sahra eczanelerinin önemini desteklemektedir. Sahra eczaneleri birçok depremzede hastanın ilaçlarına erişmesine olanak sağlamış olup ilerleyen süreçte bu hastaların kronik hastalıkları sebebiyle yaşayabilecekleri komplikasyonlardan korunmasında etkili olması muhtemeldir.

Çalışmamıza katılan hastaların %6,75'i deprem sonrasında sağlık kuruluşuna başvurmamış ve %38,44'ü 1-3 defa, %54,81'i ise 4 veya daha fazla başvurmuştur. Bu başvurular acil servis veya poliklinik başvurusu olarak ayrılmamıştır. Deprem sonrasında hastanelerdeki yapısal hasar ve işleyişteki aksaklıklar nedeniyle poliklinik hizmetleri hemen devreye girmemiş olup acil servis şartlarında kronik hastalık değerlendirilmesi ve raporlu ilaçların reçetelendirilmesi hizmetleri de sunulmuştur. Hastaların %68,05'i deprem sonrası kronik hastalığı nedeniyle hastaneye başvurmuş ve %23,64'ü hastaneye yatmış olup %16,10'u depremden itibaren kronik hastalığı sebebiyle komplikasyon yaşamıştır. Chan ve ark.larının (63) Sichuan depreminden sonraki ilk 14 günün verilerini incelediği bir çalışmada hipertansiyon (%47) ve diabetes mellitus (%24) en büyük kronik hastalık yükünü temsil etmektedir. Kronik hastalık alt grubunun %54'ünün hastalığın alevlenmesi veya ilaç eksikliği sonucu klinik komplikasyonlar yaşadığını ve aktif klinik yönetime ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır. Woersching ve ark.larının (64) El Salvador depremi sonrasında kronik



hastalıkları olan bireyleri değerlendirdikleri bir çalışmada katılımcıların %79'unun depremde sonra kronik bir hastalığın alevlenmesini yaşadığı saptanmıştır. Literatürdeki bu çalışmalar ve bizim çalışmamız göz önünde bulundurulduğunda depremde sonra kronik hastalıkların akut alevlenmeleri ve dolayısıyla komplikasyonları yüksek oranda görülmüştür. Bu veriler olası bir afet durumunda kronik hastalığı olan bireylerin önemsenmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Çalışmamıza katılan hastaların %23,64'ünde hastaneye yatış gerektirecek bir tıbbi komplikasyon geliştiğini görebiliriz. Bu komplikasyonlar, hastaların ilaçlarına erişimde problem yaşamaları, günlük rutinlerinden uzaklaşmaları nedeniyle ilaç uyumlarının düşmesi, lojistik aksaklıklardan dolayı sağlık kurumlarına ulaşamamaları nedeni ile gerçekleşmiş olabilir. Çalışmamızdaki amacımız da bu oranı saptayarak olası bir afet durumunda ilaç uyumsuzluğunu ve komplikasyon riskini en aza indirmek olduğu için bu veriler yeni stratejiler oluşturmamıza ışık tutacaktır.

Çalışmamızda Modifiye Morisky Ölçeği soruları yanıtlarına göre hastaların %20,78'inin motivasyonu düşük iken %79,22'sinin ise yüksektir. Hastaların %10,65'inin bilgisi düşük iken %89,35'inin ise yüksektir. Özdemir ve ark.larının (65) COVID-19 pandemisi sonrasında yaptıkları bir çalışmada hastaların Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre katılımcıların çoğunun yüksek bilgi düzeyine (%89,5) ve yüksek motivasyon düzeyine (%84,8) sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki bu çalışma ile bizim çalışmamızın verileri paralel olup bu veriler yüksek bilgi düzeyine sahip kişilerin motivasyonunun da yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızdaki bireylerin Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği skorlarına göre yüksek motivasyon ve bilgi düzeyine sahip olması örneklemin tıp fakültesi hastanesine başvuran hastalardan seçilmiş olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Deprem sonrasında katılımcıların büyük kısmının motivasyonunun yüksek olmasının ise birkaç sebebi olabilir. Deprem gibi büyük bir felaket sonrasında bile tedaviye devam etme motivasyonunu korumaları, bu kişilerin kriz anlarında bile sağlıklarına öncelik verdiklerine işaret eder. Bu durum deprem gibi bir kriz durumunun bireylerin hayatlarındaki öncelik sırasını değiştirmiş olabileceğini ve sağlıklarının ne kadar önemli olduğunu daha iyi kavramalarına sebep olduğunu ortaya koymaktadır. Bir diğer yorumumuz da deprem sonrasında toplumsal dayanışma, aile desteği veya sağlık profesyonellerinin desteği nedeniyle hastaların motivasyonunun yükselmiş olabileceğidir.

Çalışmamızda Modifiye Morisky Ölçeği yanıtlarına göre eğitim durumları arasında motivasyon ve bilgi kategorisi açısından anlamlı farklılık görülmüş olup bu farklılık lise grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmış ve lise grubunda yüksek motivasyon oranı daha fazla saptanmıştır. Çalışanların motivasyonunun düşük olma oranı (%25,65) çalışmayanların oranından (%15,98) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Deprem sonrası çalışmaya devam edenlerin motivasyonunun düşük olma oranı (%30,60) çalışmayanların oranından (%14,29) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Demirbaş ve ark.larının (57) yaptığı bir çalışmada ilköğretim öncesi eğitim düzeyine sahip kişilerin motivasyonu daha düşükken ilköğretim ve sonrası eğitim düzeyine sahip kişilerin motivasyonu daha yüksek saptanmıştır. Literatürdeki bu çalışma eğitim düzeyi arttıkça motivasyonun da arttığı sonucuna ulaşmıştır. Ancak çalışmamızda üniversite mezunu katılımcıların daha düşük motivasyona sahip olması beklemediğimiz bir bulgu olmakla birlikte literatürdeki diğer çalışmayla uyumlu bulunmamıştır. Bu durumu üniversite mezunu katılımcıların deprem sonrasındaki süreçte çalışmaya devam etmesinden ve bu durumun motivasyonlarını olumsuz etkilemesinden kaynaklanabileceği düşünülebilir. Çalışmayanların genel anlamda motivasyonu yüksekken deprem sonrası dönemde çalışmaya devam edenlerin motivasyonunun anlamlı olarak düşük saptanması zor koşullar altında çalışmaya devam etmenin hastanın fiziksel ve benlik ihtiyaçlarına ayıracak yeterli motivasyonunun bulunmamasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir. Aynı zamanda depremden sonra çalışmaya devam etmek zorunda kalan grubun yer değişikliği nedeniyle ailelerinden uzakta kalmaları ve alıştıkları ev düzeninden yoksun olmaları motivasyonlarını azaltmış olabilir.

Çalışmamızda depremde mal kaybı yaşayanların düşük motivasyon olma oranı (%32,37) mal kaybı olmayanların oranından (%14,23) anlamlı şekilde yüksektir. Depremde mal kaybı yaşayanların düşük bilgili olma oranı (%17,27) mal kaybı olmayanların oranından (%6,91) anlamlı şekilde yüksektir. Depremde yakın kaybı yaşayanların düşük bilgili olma oranı (%16,87) yakın kaybı olmayanların oranından (%8,94) anlamlı şekilde yüksektir. Depremde kendisi ya da yakını yaralananların düşük bilgili olma oranı (%16,88) yaralanmayanların oranından (%9,09) anlamlı şekilde yüksektir. Kılıç ve ark.larının (66) Marmara depremi sonrasında yaptıkları bir çalışma, mal ve can kaybı yaşayan bireylerin bilgiye erişim süreçlerinde güçlük yaşadıklarını ve bu durumun travmanın bir sonucu olarak ortaya çıktığını belirtmektedir. Benzer şekilde,

bizim bulgularımızda da mal kaybı ve düşük bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bonanno ve ark.larının (67) felaketlerin toplum üzerindeki etkilerini inceledikleri bir çalışma ile yakın kaybı yaşayan bireylerin bilgi edinme süreçlerinde zorluklar yaşadığını ve bu durumun duygusal yük ve dikkat dağınıklığı ile ilişkili olduğunu ortaya koyuyor. Bu bulgu, bizim çalışmamızda yakın kaybı yaşayan bireylerin düşük bilgi düzeyine sahip olmasıyla uyumludur. Norris ve ark.larının (68) yaptıkları bir çalışma, doğal afetlerin bireylerin motivasyonu üzerinde ciddi olumsuz etkileri olduğunu, özellikle de mal kaybı yaşayanların depresyon ve anksiyete belirtilerini daha yüksek oranlarda yaşadığını göstermektedir. Bu durum, depremde mal kaybı yaşayan bireylerin motivasyon kaybı bulgularımızla örtüşmektedir. Bu veriler ışığında mal kaybının bireylerin motivasyonunu önemli ölçüde etkilediğini ve bu kişilerin depresyon, stres ve kaygı gibi duygusal zorluklar yaşayabileceğini söyleyebiliriz. Aynı zamanda bu bulguları mal kaybı yaşayan bireylerin deprem sonrasında bilgiye ulaşma ve bilgiyi işleme kapasitelerinin düşebileceği şeklinde yorumlayabiliriz. Bu da travmanın bilgi edinme süreçlerini etkileyebileceğini göstermektedir. Yakın kaybı yaşayan bireylerin bilgi düzeyinin düşük olması, kaybın yarattığı duygusal yük ve dikkat dağınıklığı ile açıklanabilir. Bu bireyler bilgiye erişme veya bu bilgileri işlemekte daha fazla zorlanabilirler. Yaralanma da benzer şekilde hem fiziksel hem duygusal travma yaratabilir ve bu da bilgi edinme kapasitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Yaralanan bireyler ve onların yakınları, deprem sonrası iyileşme sürecine odaklanırken bilgiye erişimde zorluk yaşayabilirler. Özetle depremde mal veya can kaybı yaşayan depremzedelerin hayattan beklentilerinin azaldığını, mevcut düzenlerini devam ettirme uyumlarının azaldığını ve motivasyonlarını kaybettiklerini söyleyebiliriz. Bu motivasyon kaybı hayatlarındaki başlıkların önem derecesini değiştirmiş olabilir ve bu durum da mevcut kronik hastalıklarına ve ilaçlarını düzenli kullanmaya karşı motivasyonlarını azaltmış olabilir. Bu bulgular deprem sonrası bireylere sağlanacak destek ve müdahalelerin kapsamlı olmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Özellikle mal veya yakın kaybı yaşayan ve yaralanan bireylerin, bilgiye erişim ve motivasyonlarını artıracak özel programlar ve psikososyal faaliyetlerle desteklenmesi önemlidir. Deprem sonrası iyileşme sürecinde, bu tür yardımların hem bilgi edinme süreçlerini hem de psikolojik iyilik hallerini desteklemesi, bireylerin toparlanma sürecine olumlu katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda depremde malını kaybetmiş olanların fiziksel, sosyal, psikolojik uyum puanı ve toplam puanı malını kaybetmemiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremde yakınını kaybetmiş olanların yine 3 alt boyut ve toplam boyuttaki puanları yakınını kaybetmemiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremde kendisi veya yakını yaralananların 3 alt boyut ve toplam boyuttaki puanları yaralanmamış olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Bu veriler ışığında depremde mal/can kaybı yaşayan veya kendisi/yakını hastaneye yatış gerektirecek ciddi yaralanmaya sahip olan katılımcıların KHUÖ' nün 3 alt boyutunda da uyumlarını kaybetmeleri yaşadıkları fiziksel ve psikolojik travmadan dolayı mevcut hayat standartlarını koruyamamalarından kaynaklanmış olabilir. Mal kaybı yaşayan katılımcıların evlerini veya işyerlerini kaybetmeleri bu kişilerin odağına ekonomik kaygıları yerleştirdiği için sağlık alanındaki problemleri ikinci plana atılmış olabilir. Bir yakınını kaybeden, kendisi veya yakını yaralanan katılımcıların yaşadıkları travma ve yas süreci yine günlük rutinlerine ve kendi normal hayat standartlarına dönmelerini zorlaştırmış olabilir.

Çalışmamızda depremde yer değiştirmek zorunda kalmış olanların fiziksel uyum, sosyal uyum ve toplam puanı yer değiştirmemiş olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Şu anda evde kalanların sosyal uyum ve psikolojik uyum puanı konteynerde kalanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Harada ve ark.ları (69) tarafından Büyük Doğu Japonya depremi üzerine yapılmış bir araştırma, yerinden edilmiş ve yeni yaşam ortamlarına uyum sağlamak zorunda kalanların önemli zorluklarla karşı karşıya olduklarını, ancak zaman içinde daha güçlü başa çıkma mekanizmaları ve topluluk bağları geliştirdiklerini ortaya koymuştur. Literatürdeki bu çalışma ile bizim çalışmamızın verileri birlikte değerlendirildiğinde yer değiştirmenin ilk etapta strese ve zorluklara yol açabileceği, ancak aynı zamanda bireyleri uyarlanabilir stratejiler geliştirmeye ve sosyal ağları güçlendirmeye zorlayarak daha yüksek uyum puanlarına yol açabileceği söylenebilir. Yer değişikliği yaşayan bireyler, muhtemelen dayanıklılıkları ve yeni koşullara uyum sağlamak için aktif çabaları nedeniyle daha yüksek fiziksel ve sosyal uyum göstermiş olabilirler. Kartol ve ark.larının (70) 2023 Türkiye depremleri üzerine yaptıkları araştırma, afet sonrası mevcut ikamet türünün ruh sağlığını önemli ölçüde etkilediğini göstermiştir. Daha istikrarlı ve tanıdık ortamlarda (kendi evleri gibi) yaşayan bireylerin, geçici barınaklar veya konteynerlere kıyasla daha iyi psikolojik sonuçlara sahip olduklarını

bildirmişlerdir. Tanıdık ve konforlu yaşam koşulları, psikolojik ve sosyal refah için çok önemli olan bir güvenlik ve normallik duygusu sağlar. Bu durum evde kalan bireylerin konteynerdekilere kıyasla daha yüksek sosyal ve psikolojik uyum puanlarına sahip olmasını açıklayabilir. Sonuç olarak bu bulgularımız yer değiştirmenin ve mevcut yaşam koşullarının deprem sonrası uyum sonuçları üzerindeki önemli etkilerini vurgulamaktadır. Yer değiştirme, muhtemelen artan dayanıklılık ve topluluk destek çabaları nedeniyle belirli uyarlanabilir davranışları ve sosyal bağlantıları geliştiriyor gibi görünüyor. Tersine, evleri gibi istikrarlı, tanıdık ortamlarda yaşayanlar, akıl sağlığı için güvenli yaşam koşullarının önemini vurgulayarak daha iyi sosyal ve psikolojik uyum gösterirler. Bu sonuçlar, afetten kurtulanların hem acil hem de uzun vadeli ihtiyaçlarını karşılama hedefi olan müdahalelere duyulan ihtiyacın altını çiziyor. Geçici barınma yerlerinde yaşayan bireyler için istikrarlı konut çözümleri ve destek sağlamak, genel uyumu ve refahı artırabilir.

Çalışmamızda depremde yer değiştirmek zorunda kalanların düşük motivasyon olma oranı (%18,95) yer değiştirmeyenlerin oranından (%35,71) anlamlı şekilde düşüktür. Depremde yer değiştirmek zorunda kalanların düşük bilgili olma oranı (%9,04) yer değiştirmeyenlerin oranından (%23,81) anlamlı şekilde düşüktür. Harada ve ark.larının (69) 2011 Büyük Doğu Japonya Depremi'nden sağ kurtulanlar üzerinde yaptığı bir araştırmada afet mağdurlarının deneyimlerine ve kendilerine sunulan kaynaklara bağlı olarak genellikle değişen seviyelerde motivasyon gösterdiğini ortaya koymuştur. Literatürdeki bu çalışmanın motivasyon tanımı ile bizim çalışmamızdaki kronik hastalık motivasyonu aynı anlamı teşkil etmese de bu iki çalışmadan yola çıkarak yer değiştirmenin, topluma katılımın artmasına ve daha yüksek motivasyonu teşvik edebilecek yeni ortamlara uyum sağlama gerekliliğine yol açabileceği yorumunda bulunulabilir. Bu da yer değişikliği yaşayan bireylerin yaşamlarını yeniden inşa etme ve uyum sağlama ihtiyacı nedeniyle daha yüksek motivasyon geliştirebileceğini düşündürmektedir. Farklı açıdan bakarsak yer değişikliği yapan bireylerin depremin yaşam alanlarında yarattığı tahribattan ve olumsuz etkilerinden uzaklaşmanın da bireylerin motivasyonunu artıran diğer bir faktör olduğunu söyleyebiliriz. Bu verilerden yola çıkarak depremden önce kurulan hayat düzeninin depremden sonra mevcut yer değişikliğinden kaynaklı farklılaşmış olması hastaların motivasyon ve bilgi düzeyini etkilemiştir. Hastaların mevcut hekimleri, kontrol ve izlem yaptırdıkları sağlık kurumlarının ve aşına oldukları eczanelerin değişmiş olması da hastalıkları ve tedavileri

hakkındaki bilgi düzeylerini artırma ihtiyacı doğurmuş olabilir. Depremden önce izlem yaptırdığı hekimi, ilaç temin ettiği eczacısı ile hastalığına ait sorumlulukları paylaşırken depremden sonra farklı bir yaşam alanında sorumlulukları ile baş başa kalmasından kaynaklı böyle bir durum ortaya çıkmış olabilir.

Çalışmamızda ilaçları alamama durumu arasında anlamlı farklılık görülmüş olup bu farklılık ilaçlarını alabilenler ile ilaçlarının %30'dan fazlasını kullanamayanlar arasındaki farktan kaynaklanmış ve %30'dan fazlasını kullanamayanlar daha yüksek motivasyona sahipti. Bu bulgular, kronik hastalığı olan bireylerin ilaçlarını düzenli olarak alamamaları durumunda motivasyon seviyelerinde belirgin bir artış olduğunu göstermektedir. İlaçlarının %30'undan fazlasını kullanamayan bireyler, zorluklarla başa çıkabilmek için daha yüksek bir motivasyon geliştirebilirler. Bu, hayatta kalma ve adapte olma stratejilerinin bir parçası olabilir. Bu durum ilaçlarını kullanamayan hastaların hastalıklarının seyrinin kötüleşeceği veya bir komplikasyon gelişme ihtimalinden endişe duymalarından dolayı motivasyonlarının artmasından kaynaklanmış olabilir. Yine bu bireylerin ilaç erişimindeki kesintilere rağmen günlük yaşamlarını sürdürebilmek ve sağlıklarını koruyabilmek için daha fazla çaba sarf etme ihtiyacı hissetmeleri motivasyonlarını artırabilir. Farklı bir pencereden bakacak olursak ilaçlarına erişim problemi yaşayan bireyler, bu durumu aşmak için motivasyonlarını artırabilirler. İlaç erişiminde sorun yaşayan bireyler, sosyal destek ağlarından veya bu amaçla kurulmuş topluluklarından daha fazla yardım alabilirler. Bu da motivasyonlarını olumlu yönde etkileyebilir. Ancak bu durumun uzun vadede psikolojik stres ve tükenmişliğe yol açabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bulgular, ilaç erişim problemlerinin bireylerin motivasyon ve psikolojik durumları üzerindeki etkilerini anlamak açısından değerli olup, sağlık politikaları ve destek mekanizmalarının geliştirilmesinde dikkate alınması gereken noktalar sunmaktadır.

Çalışmamızda ilaç temininde güçlük yaşamış olanların fiziksel uyum, sosyal uyum ve toplam puanı güçlük yaşamamış olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ekonomik nedenli ilaç alamamış olanların fiziksel, sosyal, psikolojik uyum puanı ve toplam puanı ilaç alabilmiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremde ilaçları kullanmayı bırakanların fiziksel, sosyal ve toplam puanı bırakmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremden sonra düzenli ve doğru şekilde ilaç kullanmış olanların fiziksel uyum, sosyal uyum, psikolojik uyum ve toplam puanı düzenli ilaç kullanmamış olanların puanından anlamlı şekilde

yüksek bulunmuştur. Bu verilere dayanarak ilaç temininde güçlük yaşayan katılımcıların fiziksel ve sosyal uyum puanına ek olarak toplam puanlarının da yüksek olması deprem gibi bir afet neticesinde ilaçlara ulaşımın tekrardan kısıtlanabileceği, ilaçları kullanmamaları veya aksatmaları halinde gelişebilecek komplikasyonları için uygun tedavi alacak bir kuruma erişememe korkusundan kaynaklanmış olabilir. İlaçlarını ekonomik nedenlerle temin edemeyen katılımcıların üç alt boyut ve toplam puanlarının anlamlı olarak düşük çıkması manevi kayıpların maddi kayıplarla körüklenmiş olmasının hastanın uyumunu ve motivasyonunu azaltmış olabileceğinden kaynaklanmış olabilir. Depremden sonra ilaçlarını düzenli ve doğru kullananların üç alt boyutta ve toplam puanda anlamlı yüksek puana sahip olmaları bu katılımcıların hastalıkları ve tedavileri hakkında uyumlu davranış metodları geliştirdiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda deprem sonrası hastalığı nedeni ile komplikasyon gelişenlerin düşük bilgili olma oranı (%19,35) komplikasyon gelişmemiş olanların oranından (%8,98) anlamlı şekilde yüksektir. Bu veriler bilgi düzeyinin sağlık sonuçları üzerinde önemli bir etkisi olduğunu belirtmektedir. Cramm ve ark.larının (71) kronik hastalığa sahip bireylerin genel iyilik hallerini sürdürebilmeleri üzerine yaptıkları bir çalışmada ve Steenbergen ve ark.larının (72) uzun süreli yoğun bakım tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi üzerine yaptıkları bir diğer çalışmada daha düşük bilgi seviyesine sahip bireylerin, sağlıklarını yönetmede ve kriz durumlarına hazırlanmada yetersiz kaldıkları görülmektedir. Bu da komplikasyon risklerini artırmaktadır. Bu çalışmalar eğitimin ve farkındalık artırma programlarının bu tür durumların önlenmesinde önemli olabileceğini ortaya koymaktadır. Donahoe ve ark.larının (73) kronik kritik hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada ve Viderman ve ark.larının (74) kronik kritik hastaların taburculuk sonrası izlenmesi hakkındaki yaptığı bir çalışmada kronik hastalıklara sahip bireylerde düşük bilgi seviyesinin komplikasyon riskini arttırdığı, bilgi düzeyinin yükselmesiyle komplikasyonların azaltılabileceğini ortaya koymuştur. Sonuç olarak çalışmamızın bulguları literatürdeki bulgularla uyumlu olup bilgi seviyesinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Deprem gibi acil durumlarda özellikle kronik hastalıklara sahip bireylerin eğitim ve farkındalık düzeyinin artırılması gerektiğini göstermektedir. Düzenlenecek eğitim programları komplikasyon riskini azaltmada ve genel sağlık sonuçlarını iyileştirmede kritik bir rol oynayabilir.

Çalışmamızda depremden sonra kronik hastalıkları sebebiyle hastaneye yatmış olanların sosyal, psikolojik ve toplam puanı yatmamış olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremden sonra komplikasyon gelişmiş olanların fiziksel uyum, sosyal uyum, psikolojik uyum ve toplam puanı komplikasyon gelişmemiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Literatürdeki araştırmalar incelenebildiği kadarıyla birebir aynı bulguyu sorgulayan başka bir çalışma görülememiştir. Ancak Kartol ve ark.larının (70) 6 şubat Kahramanmaraş depremi sonrasında depremzede bireylerin psikolojik durumlarını incelediği çalışmada, Harada ve ark.larının (69) 2011 Büyük Doğu Japonya depremi sonrasında bu felaketin ruh sağlığı ve psikososyal sonuçlarını değerlendirmek için yaptıkları derleme çalışmasında depremde sağ kurtulanların genellikle TSSB, depresyon ve anksiyete belirtileri başta olmak üzere önemli psikolojik sıkıntılarla karşı karşıya olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda hastaneye yatırılan bireylerin ve komplikasyonları olanların daha düşük sosyal ve psikolojik uyum puanları sergilemesi literatürdeki psikolojik sağlık üzerine yapılmış diğer çalışmalardan yola çıkarak hastalarda gelişen ruh sağlığı bozukluklarına bağlı sosyal, psikolojik ve toplam puanlarının düşük olduğu düşünülebilir. Deprem sonrasında depremzede bireylerin gerek yer değişikliği gerek bir sağlık kurumuna başvurmak için sağlam koordinasyon bulunmaması, gerekse yaşadıkları psikolojik ve bedensel travma sonrasında kronik hastalıklarına ve bu hastalıkları için kullandıkları ilaçlara uyumlarının azalması sonucunda çeşitli komplikasyonlar ve hastaneye yatış gerektirecek durumlar oluştuğunu söyleyebiliriz. Hastaların üç alt boyutta da düşük puan alması fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan negatif etkilendiklerini ve bu negatifliğin de hastalıklarının seyrinde olumsuz tablolara yol açtığını düşünebiliriz. Yine bu veriler, deprem sonrası sağlık hizmetlerinin ve sosyal destek mekanizmalarının önemini vurgulamaktadır. Depremden etkilenen bireylerin sağlık ve sosyal uyumlarını artırmak için destek programlarının oluşturması stratejik bir hamle olacaktır.

Çalışmamızda DM tanısı olanların fiziksel uyum puanı DM tanısı olmayanlarıkinden anlamlı olarak yüksek iken sosyal uyum ve psikolojik uyum puanı ise anlamlı şekilde düşüktür. HT tanısı olanların sosyal uyum, psikolojik uyum ve toplam puanı HT tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. KOAH-astım tanısı olanların fiziksel uyum ve toplam puanı KOAH-astım tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.KAH tanısı olanların sosyal uyum, psikolojik uyum ve toplam puanı KAH tanısı olmayanların puanından anlamlı



şekilde düşük bulunmuştur. Yanbaş ve ark.larının (56) COVID-19 pandemisi sonrasında kronik hastalığı olan bireyleri değerlendirdiği bir çalışmada ek hastalıklar ile KHUÖ puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmış olup KVS hastalıkları olanlarda, olmayanlara göre sosyal uyum, solunum hastalıkları olanlarda, olmayanlara göre fiziksel uyum ve psikolojik uyum daha fazla görülmektedir ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Manav ve ark.larının (75) 2020 yılında 228 diyabetli katılımcı ile yaptıkları çalışmada KHUÖ toplam puanın  $86.07 \pm 12.99$  olduğunu ve iyi uyum sağladıklarını ortaya koymuşlardır. Literatürdeki çalışmalarla bizim çalışmamız kıyaslandığında pandemi sonrasında yapılan çalışmanın KVS hastalıkları, HT, KOAH-Astım hastalıkları ve KHUÖ puanları arasındaki ilişki durumu ile çalışmamızdaki hastalık ve puan uyumu durumu uyuşmamaktadır. Bu durum depresyon ve pandemi arasındaki imkan kısıtlılığı, lojistik aksaklıklar, koordinasyon problemleri gibi faktörlerden kaynaklanmış olabilir. Depresyon sonrasında kronik hastalığı olan bireylerin büyük çoğunlukta çeşitli alt boyutlarda uyumlarını kaybettiği sonucuna varabiliriz. Depresyondan sonra hastaların fiziksel, sosyal veya psikolojik uyumlarını sürdürme konusunda hem maddi hem manevi zorluk içinde bulundukları için uyumlarını kaybetmiş olabilirler. Diyabet tanısı olan hastaların hastalıklarına sağladıkları uyumun yüksek olması literatür ile uyumlu bulgularımızdır. Bu durumun diyabet hastalığının izlemlerinin önemli ve sık olması, takipsiz hastalarda gelişebilecek komplikasyonların ciddi morbidite ve mortaliteye yol açmasından ve bu hastalığın hakimiyet alanının geniş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kullandığımız iki ölçeğin (Modifiye Morisky Ölçeği ve KHUÖ) fiziksel uyum puanı ile sosyal ve psikolojik uyum, motivasyon ve bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür. Sosyal uyum ile psikolojik uyum, motivasyon ve bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Psikolojik uyum ile motivasyon ve bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon belirlenmiştir. KHUÖ toplam puanı ile motivasyon ve bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Motivasyon puanı ile bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon vardır. Al-Qazaz ve ark.larının (76) Tip 2 diyabetli hastalarda diyabet bilgisi, ilaç uyumu ve glisemik kontrol üzerine yaptıkları bir çalışmada hastaların diyabetli hastaların bilgi düzeyi arttıkça hastalığa fiziksel uyumlarının arttığı ortaya konmuştur. Shams- Barakat ve ark.larının (77) Tip 2 DM'li hastalarda yaptığı bir çalışma da benzer şekilde hastaların diyabetle ilgili bilgi, motivasyon ve inanç düzeyleri

ile hastalığa fiziksel uyum arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğunu belirtmektedir. Nam ve ark.larının (78) diyabet yönetimindeki problemlerle ilgili yaptığı bir çalışmada diyabete yönelik olumlu tutum ve yeterli bilginin bu hastalığa uyumu ve hastalığın yönetimini oldukça önemli düzeyde olumlu etkilediğini savunmaktadır. Literatürdeki bu çalışmalar değerlendirildiğine bu çalışmaların sadece diyabetik bireyler üzerinde yapıldığını göz önüne alarak çalışmamızdaki veriler literatürle uyumludur, hastaların bilgi ve motivasyon düzeyi arttıkça hastalıklarına uyumlarının arttığı söylenebilir.

Çalışmamızda sosyal uyum ve psikolojik uyum ile yaş arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Motivasyon puanı ile yaş arasında ise pozitif yönde anlamlı korelasyon vardır. Shams- Barakat ve ark.larının (77) Tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada, yaşlı hastalarda (%28,1) ve orta yaşlı grupta (%36,2) genç hasta grubuna (%51,8) göre anlamlı olmayan daha düşük ilaç uyumu oranı bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları hastanın daha genç yaşta olmasının tedaviye uyumu artırması bakımından literatürle uyumludur. Daha ileri yaşlarda unutkanlıkların fazla olması, ileri yaşlarda hastalık takibinin ve ilaç teminin daha zor olabileceği gibi sebeplerden ilaca uyumun azalması mümkün olabilir. Motivasyonun yaş ile ilişkisine dair literatürde görülebildiği kadarıyla bulgu saptanmamış olup bizim çalışmamızda yaş arttıkça motivasyonun artması kronik hastalığı kabullenme ile ilişkilendirilebilir. Nitekim genç yaşlarda kronik hastalığı kabullenmek daha zordur. Ayrıca genç hastalara kronik hastalık tanısı yeni konduğu için hastalıklarıyla geçirdikleri zamanın, yaşlı hastalara göre daha kısa olmasının da bu durumu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular yaş ilerledikçe hastaların tedavilerine ve hastalıklarına uyumlarının takibinin daha dikkatli yapılmasını, genç olan hastalarda ise motivasyonu artırmak için psikolojik destek mekanizmalarına önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda KOAH-astım tanısı olanların fiziksel uyum puanı, KOAH-astım tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Hiperlipidemi tanısı olanların fiziksel uyum puanı hiperlipidemi tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. KBY tanısı olanların fiziksel uyum puanı, KBY tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Psikiyatrik hastalık tanısı olanların fiziksel uyum puanı psikiyatrik hastalık tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. İlaçları almama durumu arasında fiziksel uyum açısından anlamlı farklılık görülmüş ve bu farklılık tüm gruplar arasından kaynaklanmış olup ilaçlarını %30'dan fazla kullanamamış olanların puanı daha yüksektir. İlaç temininde

güçlük yaşamış olanların fiziksel uyum puanı, güçlük yaşamamış olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ekonomik nedenli ilaç alamamış olanların fiziksel uyum puanı, ilaç alabilmiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremden sonra düzenli ve doğru şekilde ilaç kullanmış olanların fiziksel uyum puanı, düzenli ilaç kullanmamış olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgulara ilaveten çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin alt boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde fiziksel uyum ile psikolojik uyum ve motivasyon puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür. Dolmage ve ark.larının (79) yaptıkları bir çalışma, KOAH ve astım gibi kronik solunum yolu hastalıklarının hastaların fiziksel işlevselliğini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığını ortaya koymuştur. Çalışmanın bulgularını incelediğimizde KOAH ve astım hastalarının fiziksel işlevsellik puanları, bu hastalıklara sahip olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Blom ve ark.larının (80) yaptığı hiperlipideminin fiziksel sağlık sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen bir araştırma, yüksek lipid seviyelerinin fiziksel performansı azalttığını ve yorgunluğu artırdığını göstermiştir. Bu çalışmanın bulguları hiperlipidemi hastalarının, fiziksel performans puanlarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Rockx ve ark.larının (81) kronik böbrek hastalığı olan hastalar üzerine yaptıkları çalışmaları, KBY'nin fiziksel aktivite seviyelerini ve genel fiziksel sağlığı önemli ölçüde olumsuz etkilediğini göstermiştir. Bu çalışmanın bulguları KBY hastalarının fiziksel aktivite ve sağlık puanlarının, bu hastalığa sahip olmayanlara göre daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Atlantis ve ark.larının (82) psikiyatrik durumların fiziksel sağlık sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen birçok çalışmada, depresyon ve anksiyete gibi durumların fiziksel aktivite seviyelerini ve genel fiziksel sağlığı olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu çalışmanın bulgularında psikiyatrik bozukluğu olan hastaların fiziksel sağlık puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Osterberg ve ark.larının (83) düzenli ve doğru ilaç kullanımının fiziksel sağlık üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaları, ilaçlarını düzenli ve doğru kullanan hastaların fiziksel sağlık puanları daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Ryan ve ark.larının (84) hasta motivasyonu ve psikolojik uyumun fiziksel sağlık sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen araştırmaları, yüksek motivasyon seviyeleri ve iyi psikolojik uyumun fiziksel sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini, yüksek motivasyon ve iyi psikolojik uyumun, daha iyi fiziksel sağlık ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalar ve bizim çalışmamızın bulguları benzer değişkenlerin fiziksel uyum üzerinde nasıl etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle, KOAH-astım varlığı, hiperlipidemi, KBY, psikiyatrik

hastalıklar ve ekonomik nedenler gibi faktörlerin fiziksel uyum puanlarını olumsuz yönde etkilediği, literatürdeki çalışmalarda ve bizim çalışmamızda genel bir eğilim olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, düzenli ve doğru ilaç kullanımı ile yüksek motivasyon ve psikolojik uyumun fiziksel sağlığı olumlu etkilediği sonucuna varılabilir. İlaçları alamama durumunun ve ilaç temininde güçlük yaşamamanın fiziksel uyum ile arasındaki ilişki ilginç olmakla birlikte çalışmamızda beklediğimiz bir sonuçtur. İlaçlarını doğru dozlarda ve düzenli kullanan katılımcıların ilaca ulaşımında aksaklık yaşadığı durumlar fiziksel uyumu hakkında bilgi vermektedir. Yani normal şartlar altında kronik hastalığına ve devamlı kullandığı ilaçlara uyumu yüksek bir hastanın olağanüstü şartlarda, ilaçlarını kullanamadığı hallerde ilaca ulaşma ve mevcut düzenini devam ettirme isteği bulunmaktadır. Aynı duruma karşı pencereden baktığımızda ilaçlarını normal şartlar altında doğru dozlarda ve düzenli kullanmayan bir hastanın olağanüstü şartlarda da fiziksel uyumunun artacağını düşünemeyiz. Bu nedenle deprem gibi afet durumlarında hastalığına ve ilaçlarına uyumu yüksek bir hastanın mevcut düzenini devam ettirme isteğinin ilaç uyumunu da arttıracak yönünde bir çıkarımda bulunabiliriz.

Çalışmamızda eğitim durumu arasında sosyal uyum puanı açısından anlamlı farklılık görülmüş olup bu farklılık sadece ortaokul ve altı mezunu olanlar ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmış ve ortaokul ve altı mezunu olanların puanı daha düşük bulunmuştur. DM tanısı olanların sosyal uyum puanı DM tanısı olmayanlarınkinden anlamlı şekilde düşüktür. KAH tanısı olanların sosyal uyum puanı KAH tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. KBY tanısı olanların sosyal uyum puanı KBY tanısı olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Depremde malını kaybetmiş olanların sosyal uyum puanı malını kaybetmemiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Bu bulgulara ilaveten çalışmamızda kullandığımız iki ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde sosyal uyum ile psikolojik uyum ve motivasyon puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür. Yanbaş ve ark.larının (56) COVID-19 pandemisi sonrası kronik hastalıkları olan bireyleri inceledikleri bir çalışmada sosyal uyumu; üniversite mezunu, KVS hastalığı olanlarda ve bir kronik hastalığa sahip bireylerde anlamlı olarak yüksek olarak saptanmıştır. Literatürdeki bu çalışma ile kıyaslandığında bizim çalışmamızda da KAH varlığı ve eğitim durumu ile sosyal uyum arasında ilişki olduğu söylenebilir. Bu kıyaslamaya ek olarak depremde mal kaybı ve

sosyal uyum arasındaki bağlantı çalışmamız için dikkat çekici niteliktedir. Depremde mal kaybı yaşayan depremzedelerin yer değişikliği yapmak zorunda kalması, yeni yaşam alanlarında aşına oldukları çevreden uzak kalmaları, kendilerine ve yeni yaşam düzenlerine adapte olma sürecinin zorlukları gibi sebeplerden sosyal uyumlarının azaldığını düşünebiliriz. Motivasyon puanının ve psikolojik uyumun sosyal uyum puanlarını olumlu etkilemesi ise çalışmamızda beklediğimiz bir sonuç olup bu durumu, motivasyonu ve psikolojik uyumu yüksek olan kişilerin hastalıklarından dolayı sosyal uyumlarını kaybetmediği şeklinde yorumlayabiliriz.

Depremden sonra hastaneye başvurmuş olanların psikolojik uyum puanı başvurmamış olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Şu anda evde kalanların psikolojik uyum puanı konteynerda kalanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgulara ilaveten çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin alt boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde psikolojik uyum ile fiziksel ve sosyal uyum arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür. Harada ve ark.larının (69) 2011 Büyük Doğu Japonya depremi sonrasında ruh sağlığı ve psikolojik etkiler üzerine yaptıkları bir derleme çalışmasında geçici konut veya barınaklarda kalmak gibi felaket sonrası yaşam koşullarının ruh sağlığı ve psikolojik uyum açısından önemli bir etki yarattığını ortaya koymuştur. Literatürdeki bu bulgu ile çalışmamızın yer değişikliğinin negatif etkisi uyumludur. Evde kalanların puanının konteynerda kalanların puanına kıyasla yüksek olması konteynerda ev konforunun sağlanamaması ile açıklanabilir. Bu bulgular ile mevcut ikametgahın istikrarı ve konforu, stres seviyelerini ve genel zihinsel refahı etkileyebileceği ve yer değiştirme nedeniyle bozulmuş yaşam koşullarının psikolojik sağlığı olumsuz etkileyebileceği fikirlerine ulaşabiliriz. Stroebe ve ark.larının (85) Groningen'deki kronik hastalık ve sismik aktivite üzerine yaptıkları bir araştırmada, sağlık komplikasyonları nedeniyle sık hastane ziyaretlerinin daha yüksek stres ve daha düşük psikolojik refah ile bağlantılı olduğunu gösterdi. Literatürdeki bu çalışma değerlendirildiğinde kronik hastalık kaynaklı hastane ziyaretlerinin, anksiyete ve depresyonu artırabilen ve dolayısıyla psikolojik uyumu olumsuz yönde etkileyebilen daha ciddi sağlık sorunlarına işaret edebileceği yorumunda bulunulabilir. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar bulunmuştur. Çalışmamızda kronik hastalıkları sebebiyle hastane başvurusu olan katılımcıların psikolojik uyumlarının daha düşük olması da bu sebeplerle açıklanabilir. Gür ve ark.larının (86) 2023 Türkiye depremlerinin psikolojik etkileri üzerine yaptıkları bir

çalışmada, fiziksel sağlık sorunlarının daha düşük psikolojik uyum puanlarıyla yakından bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamızdaki bulgularımız literatürle uyumlu olup fiziksel sağlık, genel refah için temeldir ve fiziksel uyumdaki zorluklar, artan strese ve daha kötü zihinsel sağlık sonuçlarına yol açabilir. Kartol ve ark.larının (70) Türkiye'de deprem sonrasında sağ kalan ergenler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, ruh sağlığının iyileştirilmesinde ve TSSB semptomlarının azaltılmasında sosyal destek ve sosyal uyumun önemini vurgulamıştır. Güçlü sosyal ağlar ve olumlu sosyal uyum, sosyal bağlantıların ruh sağlığındaki kritik rolünü vurgulayarak, felaketlerin olumsuz psikolojik etkilerine karşı tampon olabilir. Literatürdeki bu çalışmaların fiziksel, sosyal ve psikolojik uyum tanımları ile çalışmamızda kullandığımız KHUÖ'nün alt boyutları olan fiziksel, sosyal ve psikolojik uyum tanımları tamamen birbiriyle bağdaşmamakla beraber bulgularımızın objektif yorumlanabilmesi açısından literatürdeki bu çalışmalarla kıyaslanmıştır. Bu kıyaslamanın sonucunda fiziksel uyum ve sosyal uyumun psikolojik uyum puanını etkilediğine dair bulgularımız, afetlerin ruh sağlığı üzerindeki etkisine ilişkin mevcut araştırmalarla tutarlıdır. Bu öngörücüler, çeşitli faktörlerin felaket sonrası psikolojik sonuçları etkilemek için nasıl etkileşime girdiğini anlamak için çok önemlidir. Yaşam koşullarını iyileştirmeye, sağlık komplikasyonlarını azaltmaya ve sosyal destek ağlarını geliştirmeye odaklanan hedefli müdahalelerin uygulanması, afetten kurtulanlar için daha iyi psikolojik uyuma önemli ölçüde katkıda bulunabilir.

Çalışmamızda depremde malını kaybetmiş olanların KHUÖ toplam puanı malını kaybetmemiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Ekonomik nedenli ilaç alamamış olanların toplam puanı ilaç alabilmiş olanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. İlaç temininde güçlük yaşamış olanların toplam puanı güçlük yaşamamış olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgulara ek olarak çalışmamızda kullandığımız iki ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde KHUÖ toplam puanı ile motivasyon ve bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Norris ve ark.larının (87) depremlerde mal kaybının psikolojik ve fiziksel sağlık üzerindeki etkisini inceleyen araştırmasında, mal kaybının genel sağlık ve uyum puanlarını olumsuz etkilediğini, mal kaybı yaşayan bireylerin uyum ve sağlık puanlarının düştüğünü ortaya koymuştur. Laba ve ark.larının (88) ilaç teminindeki zorlukların sağlık sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen çalışması, ilaçlara erişimde yaşanan zorlukların genel sağlık ve uyum puanlarını

olumsuz etkilediğini göstermektedir. Devlin ve ark.larının (89) ekonomik nedenlerle ilaç alamamanın sağlık sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen çalışması, bu durumun genel sağlık ve uyum puanlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Ryan ve ark.larının (84) hasta motivasyonunun sağlık ve uyum puanları üzerindeki etkisini inceleyen çalışması, yüksek motivasyon seviyelerinin sağlık ve uyum puanlarını olumlu etkilediğini göstermektedir. Glasgow ve ark.larının (90) bilgi seviyesinin sağlık ve uyum üzerindeki etkisini inceleyen çalışması, yüksek bilgi puanlarının sağlık ve uyum puanlarını olumlu etkilediğini göstermektedir. Literatürdeki bu çalışmalar incelendiğinde bizim çalışmamızın da bulgularını destekleyerek, depremde mal kaybı, ekonomik nedenli ilaç alamama gibi faktörlerin hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik puanlarını olumsuz yönde etkilediği, dolayısıyla toplam puanlarını da negatif yönde etkilediği genel bir eğilim olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca literatürle uyumlu olarak çalışmamızda yüksek motivasyon ve bilgi puanlarının KHUÖ toplam puanlarını olumlu etkilediği görülmektedir. İlaç temininde güçlük çeken katılımcıların KHUÖ toplam puanlarının daha yüksek gelmesi ilgi çekici niteliktedir. Bu durum; ilaç temininde güçlük yaşayan katılımcıların fiziksel ve sosyal uyum puanına ek olarak toplam puanlarının da yüksek olması deprem gibi bir afet neticesinde ilaçlara ulaşımın tekrardan kısıtlanabileceği, ilaçları kullanmamaları veya aksatmaları halinde gelişebilecek komplikasyonları için uygun tedavi alacak bir kuruma erişememe korkusundan kaynaklanmış olabilir. Depremde yaşanan mal kaybının niteliğine bağlı olmakla birlikte bu durumun yer değişikliğine sebep olup mevcut hayat standartlarını koruyamayarak hastalıklarına olan uyumlarını düşürmesine yol açtığı şeklinde yorumlayabiliriz. Bir diğer yorumumuz da depremin yaşam alanlarında yarattığı tahribat sebebiyle KHUÖ' nün farklı alt boyutlarındaki puanlarını azaltarak toplam puanlarını olumsuz etkilediği şeklinde olabilir.

Çalışmamızda yapılan çoklu lineer regresyon analizine göre motivasyon, bilgi, sosyal uyum ve psikolojik uyum puanı fiziksel uyumu pozitif yönde predikte etmektedir. Psikolojik uyum ve fiziksel uyum puanı sosyal uyum puanını pozitif şekilde öngörmektedir. Fiziksel uyum ve sosyal uyum, psikolojik uyum puanını pozitif yönde predikte etmektedir. Motivasyon ve bilgi puanı KHUÖ toplam puanını pozitif şekilde öngörmektedir. Bilgi puanı ve fiziksel uyum puanı motivasyon puanını pozitif olarak predikte etmektedir. Motivasyon puanı ve fiziksel uyum puanı bilgi puanını pozitif olarak predikte etmektedir. Bu bulgular, kronik hastalıklara uyum ve bireylerin çeşitli

psikososyal faktörler arasındaki ilişkileri anlamak açısından önemli çıkarımlar sağlamaktadır. Motivasyon, bilgi düzeyi, sosyal uyum ve psikolojik uyumun yüksek olması, bireylerin fiziksel uyumlarını olumlu yönde etkilemektedir. Bu, fiziksel sağlığın ve uyumun bu faktörlerle güçlendiğini göstermektedir. Örneğin, motivasyonu yüksek olan bir kişi düzenli egzersiz yapabilir veya sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirebilir. Psikolojik olarak dengeli ve fiziksel olarak uyumlu bireyler, sosyal ilişkilerinde de daha başarılı ve uyumlu olma eğilimindedir. Bu, bireylerin zihinsel ve fiziksel sağlıklarının sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini nasıl güçlendirdiğini göstermektedir. Fiziksel uyum ve sosyal uyum, bireylerin psikolojik iyilik hallerini artırmaktadır. Fiziksel olarak sağlıklı ve sosyal olarak iyi ilişkiler kurabilen bireyler, psikolojik olarak daha dengeli ve uyumlu olurlar. Yüksek motivasyon ve bilgi düzeyine sahip bireyler, kronik hastalıklarıyla daha iyi başa çıkabilmekte ve genel uyum seviyeleri daha yüksek olmaktadır. Bu, eğitim ve içsel motivasyonun kronik hastalık yönetiminde önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır. Bilgi düzeyi yüksek ve fiziksel uyumlu bireyler, daha yüksek motivasyon puanlarına sahiptir. Bu, bilginin ve fiziksel uyumun bireylerin motivasyonunu artırdığına işaret eder. Örneğin, hastalığı hakkında bilgi sahibi olan bir birey, daha bilinçli adımlar atarak kendini motive edebilir. Motivasyonu yüksek ve fiziksel olarak uyumlu bireyler, bilgi düzeyi açısından da yüksek değerlere sahiptir. Bu, motivasyonun ve fiziksel sağlığın bilgi edinme isteğini ve kapasitesini artırdığını gösterir. Özetle bu bulgular, kronik hastalıklara uyum sürecinde motivasyon, bilgi, sosyal ve psikolojik uyumun ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu faktörlerin birbirini karşılıklı olarak olumlu yönde etkilediği ve bireylerin genel uyum seviyelerini artırdığı görülmektedir. Kronik hastalık yönetiminde bu faktörlerin dikkate alınması, bireylerin yaşam kalitesini ve uyumlarını artırmada önemli katkılar sağlayabilir.

Çalışmamızın güçlü yanları Türkiye genelinde deprem sonrası kronik hastalıkların nasıl etkilendiğini, ilaçlara erişim düzeyini sorgulayan ve komplikasyon yüzdelerini detaylı inceleyen ve Türkçe Modifiye Morisky ölçeği ile KHUÖ korelasyonu yapan ilk çalışma olmasıdır. Ayrıca bir afet durumundan sonra kronik hastalık uyumu, ilaç uyumu, psikolojik, fiziksel ve sosyal uyumu, bilgi ve motivasyon düzeyini araştıran çalışmalar ayrı ayrı çalışmalar olmasına rağmen bizim çalışmamızda tüm bu bileşenler bir arada değerlendirilmiş ve ortak paydada buluşturulmuştur.



Çalışmamızın kısıtlılıkları ise bu çalışmaya depremde 6 ay sonra başlanması nedeniyle katılımcıların anketin yapıldığı andaki yaşam alanları ile depremde sonraki ilk zamanlarda yaşadıkları alan farklı olabileceği için yer değişikliğinin akut sürecini yansıtamamış olabilir. Katılımcıların birçoğu (%76,88 oranı ile) şuanda evde yaşadıklarını söylemiş olup depremde sonraki ilk zamanlarda bu oranların çok daha düşük olabileceği tahmin edilmektedir. Fakat anketimizde bulunan depremde hemen sonra kalıcı veya geçici yer değişikliğini sorgulayan soru bu kısıtlılığı minimum oranda tutmamıza yardımcı olmuştur. Bir diğer kısıtlılık ise anketimizde kronik hastalığı olan bireylerin kaç yıldır tanıları olduğunu sorgulamamış olmamızdır. Hastalık süreci uzadıkça bu durumun kronik hastalıklarına ve tedavilerine uyumunun değişen oranlarda görülebileceği ayrıca bu durumun bireylerin bilgi ve motivasyon düzeyini de etkileyebileceğine dikkat çekilememiştir. Son olarak afet veya olağanüstü durumlardan sonra kronik hastalığı olan bireyleri inceleyen diğer çalışmalarda bizim çalışmamızda kullandığımız ölçekler bir arada kullanılmadığı için literatürdeki birçok farklı çalışmanın farklı alt boyutları ile kıyaslama yapılmış olmasıdır. Ancak bu bağlamda birçok çalışmada kullanılan çeşitli ölçekler çalışmamızda bir arada kullanıldığı için çalışmamız daha kapsamlı nitelikte olmuş ve kronik hastalığı olan bireylerin afet durumlarından en az etkileneceği stratejiler oluşturmak için yol gösterici nitelikte olmuştur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Afetler, mevcut hastalıkları şiddetlendirmeye ek olarak, yeni kronik hastalıklar için de zemin hazırlamaktadır. Son afetler, kronik hastalığı olan bireyler için afete hazırlık tedbirlerinin önemini vurgulamaktadır. Bu bireylerin, afetlerden sonra pek çok zorlukla karşılaştığı bilinmekle birlikte bireylerin bakımı oldukça zor bir süreçte yol açmaktadır. Çalışmamızda 6 Şubat Kahramanmaraş depremini Kahramanmaraş'ta yaşamış, kronik hastalığa sahip bireylere uygulanan anket ile deprem sonrası süreçte kronik hastalıklarına ve kullandıkları ilaca uyumlarını sorgulayarak bu bireylerin deprem sonrası nasıl etkilendiklerini, hastaneye yatış veya oluşabilecek komplikasyonlar açısından değerlendirilmesini amaçladık.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara dayanarak araştırmamıza katılan kronik hastalığa sahip bireylerde en sık görülen iki hastalık diyabet ve hipertansiyon olmuştur. Depremden önce katılımcılar yüksek oranda izlem yaptırmakta ve düzenli ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların çoğu deprem döneminde ilaçlarını temin etmekte güçlük çekmiş ve yine birçoğu ilaçlarını ilk olarak sahra eczanesinden temin etmiştir. Katılımcıların önemli bir kısmının deprem sonrası kronik hastalıkları sebebiyle hastaneye yatış ve komplikasyon geçirme öyküsüne sahip olduğu görülmüştür. Depremde mal/can kaybı yaşayan veya kendisi/yakını hastaneye yatış gerektirecek ciddi yaralanmaya sahip olan katılımcıların KHUÖ' nün 3 alt boyutunda da uyumlarını kaybettikleri görülmüştür. Yine depremde mal kaybı yaşayan katılımcıların motivasyonunun da düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda kullandığımız iki ölçeğin (Modifiye Morisky Ölçeği ve KHUÖ) fiziksel uyum ile sosyal uyum ve psikolojik uyum, motivasyon ve bilgi puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür.

Olası afet senaryolarında kronik hastalığı olan bireylere yönelik kapsamlı tedbir planları oluşturulmalıdır. Bizim çalışmamızda görüldüğü gibi sahra eczaneleri büyük öneme sahiptir. Şehrin toplanma noktalarında mutlaka prefabrik sahra eczaneleri bulundurulmalı bu eczanedeki depolar güncel ve kapsamlı tutulmalıdır. Yine sağlık bakanlığına bağlı kronik hastalık afet departmanları kurulup kronik hastalık tanı koduna sahip bireylere ivedilikle ulaşılabilecek strateji planları oluşturulmalıdır. Ayrıca toplum tabanlı kronik hastalık sosyal destek grupları oluşturulmalı ve bu bireylerin birbiri ile

iletişim halinde olmalarını sağlayacak programlar oluşturulmalıdır. Bu programların bireylerin hastalıklarını kabullenme, uyum, bilgi ve motivasyonlarını artırmalarında yardımcı olabileceğini göz önünde bulundurmalıyız. Bizim çalışmamız ve yapılan birçok çalışmanın da gösterdiği üzere kronik hastalığa sahip bireyler için kaçırılmış bir günün bile önemi çok büyük olup mevcut tedavi imkanının hızla sağlanması, hastayı hastaneye yatış endikasyonlarından ve birçok komplikasyondan koruyacağı unutulmamalıdır.



## 7. KAYNAKÇA

1. Nedir F. Afet ve Acil Durum Deprem Nedir? Deprem'in Kamuoyunda deprem büyüklüğü ve şiddetine yönelik kavramların. 1999;90(312).
2. ağın gözükkızıl C, tezcan S. Cumhuriyet'in Yüzüncü Yılında Türkiye'de Afetler: 06 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi. Kent Akad. 2023;0-3.
3. Cartwright C, Hall M, Lee ACK. The changing health priorities of earthquake response and implications for preparedness: a scoping review. Public Health [Internet]. 2017;150:60-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.04.024>
4. Beslenme T, Çalışma M. egzersiz metabolizması. 2020.
5. Eser U. Kronik Hastalıklar ve Aile Hekimliği. Smyrna Tıp Derg [Internet]. 2015;2(5):55-7. Available from: [https://smyrnatipdergisi.com/dosyalar\\_upload/belgeler/AH-kronik\\_hast1486667615.pdf](https://smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/AH-kronik_hast1486667615.pdf) Erişim T. 25.07.2020
6. Alukal JJ, Naqvi HA, Thuluvath PJ. Vaccination in Chronic Liver Disease: An Update. J Clin Exp Hepatol [Internet]. 2022;12(3):937-47. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2021.12.003>
7. Bayram Değer V, Doktor D, Artuklu Üniversitesi M, Bilimleri Fakültesi S, Bölümü H, sorumlu yazar İ. Kronik Hastalıklar ve Toplumsal Önemi Chronic Diseases and Their Social Importance. Artuklu Int J Heal Sci Bayram Deger V Artuklu IJ Heal Sci. 2023;3(1):103-8.
8. Sofulu F, Özgürsoy Uran BN, Avdal EÜ, Tokem Y. Afetlerde Kronik Hastalık Yönetimi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2023;8(2):641-5.
9. Chan EYY, Kim J. Chronic health needs immediately after natural disasters in middle-income countries: The case of the 2008 Sichuan, China earthquake. Eur J Emerg Med [Internet]. 2011 Apr [cited 2024 Mar 20];18(2):111-4. Available from: [https://journals.lww.com/euro-emergencymed/fulltext/2011/04000/chronic\\_health\\_needs\\_immediately\\_after\\_natural.13.aspx](https://journals.lww.com/euro-emergencymed/fulltext/2011/04000/chronic_health_needs_immediately_after_natural.13.aspx)

10. Suneja A, Chandler TE, Schlegelmilch J, May M, Redlener IE. Chronic Disease After Natural Disasters: Public Health, Policy, and Provider Perspectives. 2018 [cited 2024 Mar 20]; Available from: <https://academiccommons.columbia.edu/doi/10.7916/D8ZP5Q23>
11. Ye Tİ. Afet: Tanımı ve Sınıflaması. 2021;1–5.
12. Konferansi- Ç, Ye YTI, Tanimi AİN, İ TİÖ. 21. yüzyılda türk i ye 25-27. 2000;0–16.
13. Second edition.
14. Severin PN, Jacobson PA. Types of Disasters. 2012.
15. Yaşar Üniversitesi. 3(9):959–83.
16. Bıçakçı N, Karakayalı O. Earthquakes and Medical Effects Depremler ve Medikal Etkileri. Anatol J Emerg Med [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 4];5(4):203–8. Available from: <https://doi.org/10.54996/anatolianjem.1223561REVIEW/DERLEME>
17. Management D. Türkiye’de afet yönetimi.
18. Anadolu K, Hatt F, Birle A, Kaliforniya K, Fransisko S. Depremler ve Türkiye. 1992;
19. Muammer HB, Şafak B, Gündoğdu T, Maruf M, Mustafa Y, Oktay E, et al. Türkiye’de Afet Yönetimi Ve Doğa Kaynaklı Afet İstatistikleri Disaster Management and Natural Disaster Statistics in Turkey Hazırlama Ekibi-Katkıda Bulunanlar Preparation Team-Contributors.
20. Bartels SA, Vanrooyen MJ. Medical complications associated with earthquakes. Lancet. 2012 Feb 25;379(9817):748–57.
21. Üyesi Ö, Bilgehan T, Yıldırım A, Üniversitesi B. Depremzede Bireylerde Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi, Semptomların Tespiti ve Sağlık Gereksinimleri ve Deprem Stresi İle Baş Etme Stratejilerinin Belirlenmesi.
22. Rauf Maltaş-Anadolu Ajansı.
23. Fırat M. Deprem ve toplumsal etkileri. Tezkire Derg LK - <http://tezkiredergisi.org/> [Internet]. 2022;2022(80):0–2. Available from: <http://www.idealonline.com.tr/IdealOnline/makale/paper/158640>

24. Notu KA, Demiralp S. Türkiye ' Deki Türkiye ' Deki. 2023;
25. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar [Internet]. [cited 2024 Apr 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
26. Salman S, Özdemir D, Pekkolay Z, Satman İ, Adas M, Aktürk M. Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu [Internet]. Vol. 15, TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 2022. 247–255 p. Available from: [www.bayt.com.tr](http://www.bayt.com.tr)
27. Hastanesi A, Kliniği K, Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İ, Hastalıkları Anabilim Dalı İ, Üniversitesi Tıp Fakültesi E, ve Metabolizma Bilim Dalı E, et al. Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu 2019 2019 Turkish Hypertension Consensus Report Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve. Turk Kardiyol Dern Ars. 2019;47(6):535–46.
28. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2024 Jul 16];75(6):1334–57. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
29. Charles L, Triscott J, Dobbs B. Secondary Hypertension: Discovering the Underlying Cause. Am Fam Physician [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2024 Jul 16];96(7):453–61. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/1001/p453.html>
30. Mehmet E, Ayşe Baha P, Gürgün A, Özgen A, Elif A, Demet Ş, et al. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu'nun GOLD 2023 Güncellemesine Bakışı. [cited 2024 Jul 3]; Available from: [www.toraks.org.tr](http://www.toraks.org.tr)
31. GOLD 2024 KOAH Kılavuzu Güncellemesi – Bölüm 4: KOAH Alevlenme Yönetimi, Komorbiditeler ve Covid-19 - Acilci.Net [Internet]. [cited 2024 Jul 3]. Available from: <https://acilci.net/gold-2024-koah-kilavuzu-guncellemesi-bolum-4-koah-alevlenme-yonetimi-komorbiditeler-ve-covid-19/>
32. Türk Toraks Derneği'nin Gold 2021 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Koah) Raporuna Bakışı. [cited 2024 Jul 18]; Available from: [www.toraks.org.tr](http://www.toraks.org.tr)
33. GOLD 2024 KOAH Kılavuzu Güncellemesi – Bölüm 3: KOAH'ın Önlenmesi ve

- Yönetimi - Acilci.Net [Internet]. [cited 2024 Jul 3]. Available from: <https://acilci.net/gold-2024-koah-kilavuzu-guncellemesi-bolum-3-koahin-onlenmesi-ve-yonetimi/>
34. Yardımcıları E, Soyer Ö, Ömür D, Ankara A, Ulusal T, Ve Klinik A, et al. Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2020 Güncellemesi. [cited 2024 Jul 3]; Available from: <https://www.toraks.org.tr>
  35. Bölüm 2 tanı ve sınıflama.
  36. Neumann FJ, Sechtem U, Banning AP, Bonaros N, Bueno H, Bugiardini R, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J [Internet]. 2020 Jan 14 [cited 2024 Jul 5];41(3):407–77. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>
  37. Noel Bairey Merz C, Pepine CJ, Walsh MN, Fleg JL. Ischemia and No Obstructive Coronary Artery Disease (INOCA): Developing Evidence-Based Therapies and Research Agenda for the Next Decade. Circulation [Internet]. 2017 Mar 14 [cited 2024 Jul 5];135(11):1075–92. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.024534>
  38. Qaseem A. Management of Stable Ischemic Heart Disease: Summary of a Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians/American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/American Association for Thoracic Surgery/Preventive Cardiovascular Nurses Association/Society of Thoracic Surgeons. Ann Intern Med. 2012 Nov 20;157(10):735.
  39. Belsey J, Savelieva I, Mugelli A, Camm AJ. Relative efficacy of antianginal drugs used as add-on therapy in patients with stable angina: A systematic review and meta-analysis. Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2024 Jul 6];22(7):837–48. Available from: <https://dx.doi.org/10.1177/2047487314533217>
  40. Giugliano RP, Cannon CP, Blazing MA, Nicolau JC, Corbalán R, Pinar J, et al. Benefit of Adding Ezetimibe to Statin Therapy on Cardiovascular Outcomes and Safety in Patients with Versus Without Diabetes Mellitus Results from IMPROVE-IT (Improved Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial). Circulation [Internet]. 2018 Apr 10 [cited 2024 Jul 6];137(15):1571–82.

Available

from:

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030950>

41. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016 Jan 26;133(4):e38–48.
42. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizması Derneği. TEMD dislipidemi tanı ve tedavi kılavuzu 2021. 2021. 1–162 p.
43. Katan M, Luft A. Global Burden of Stroke. *Semin Neurol* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2024 Jul 6];38(2):208–11. Available from: <http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0038-1649503>
44. Mustafa ŞAHAN U, Salim SATAR D, Filiz KOÇ DA, Ahmet SEBE D. İskemik İnme ve Akut Faz Reaktanları. *ARŞİV*. 2010;19:85.
45. Rothlisberger JM, Ovbiagele B. Antiplatelet therapies for secondary stroke prevention: an update on clinical and cost-effectiveness. *J Comp Eff Res* [Internet]. 2015 Aug 1 [cited 2024 Jul 6];4(4):377. Available from: [/pmc/articles/PMC5549663/](http://pmc/articles/PMC5549663/)
46. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. TİROİD Hastalıkları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2023. Vol. 2023. 2023. 257–259 p.
47. Grubu TÇ. ISBN: xxx Tiroid Hastalıkları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2020 Tiroid Hastalıkları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2020.
48. Ammirati AL. Chronic Kidney Disease. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 6];66(1):s03–9. Available from: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/MSYFJQpZVgQdc69PGyqN3TS/?lang=en>
49. Kronik Böbrek Hastalığı ve Önemi.
50. Bekir Vural U, Özgür Teberu Acar U, Pınar Topsever D, TMüge Filiz D, Üniversitesi Tıp Fakültesi K, Üniversitesi Tıp Fakültesi A. [www.turkishfamilyphysician.com](http://www.turkishfamilyphysician.com) Cilt: 3 Sayı: 4 17 Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması Reliability And Validity Of Turkish Version Of Modified Morisky Scale. [cited 2024 Jul 17]; Available from: [www.turkishfamilyphysician.com](http://www.turkishfamilyphysician.com)



51. kronik-hastalıklara-uyum-olcegi-toad.
52. Issa A, Ramadugu K, Mulay P, Hamilton J, Siegel V, Harrison C, et al. Deaths Related to Hurricane Irma — Florida, Georgia, and North Carolina, September 4–October 10, 2017. *Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2018 Aug 8 [cited 2024 Aug 18];67(30):829. Available from: /pmc/articles/PMC6072056/
53. Cruz-Cano R, Mead EL. Causes of Excess Deaths in Puerto Rico After Hurricane Maria: A Time-Series Estimation. *Am J Public Health* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2024 Aug 18];109(7):1050. Available from: /pmc/articles/PMC6603484/
54. Ankara 2013 Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. [cited 2024 Jul 7]; Available from: www.thsk.gov.tr
55. İç Hastalıkları Polikliniğine Başvuru Nedenleri, Kronik Hastalıklar ve Polifarmasi Oranları. | Ortadoğu Medical Journal / Ortadoğu Tıp Dergisi | EBSCOhost [Internet]. [cited 2024 Jul 7]. Available from: <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A2%3A28490306/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A115827604&crl=c>
56. Tez U, Yanba SN. Kronik Hastalıkları Olan Ergėkėn Yönetėm Planına Uyumunun Kronik Hastalıkları Olan ERĖĖKĖN. 2021;
57. Demirbas N, Kutlu R. Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyum ve Öz-Etkililik Düzeyleri Treatment Adherence And Self-Efficacy Levels Of Adults Using Multiple Drugs. *Araştırma Makal Ankara Med J*. 2020;(2):269–80.
58. Uğrak U, Üniveritesi H, İdaresi Bölümü S, -Türkiye A, Uzuntarla Y, Cihangiroğlu N, et al. İletişim Bilgisi / Correspondence Abant Medical Journal Kronik Hastalık ile Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Analysis of Relationship between Chronic Diseases and Health Care Usage Tendencies.
59. Zelko E, Klemenc-Ketis Z, Tusek-Bunc K. Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: a systematic review of existing studies. *Mater Sociomed* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jul 9];28(2):129. Available from: /pmc/articles/PMC4851507/
60. Aldrich N, Benson WF. Peer Reviewed: Disaster Preparedness and the Chronic Disease Needs of Vulnerable Older Adults. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2008 Jan

- 1 [cited 2024 Jul 8];5(1). Available from: /pmc/articles/PMC2248769/
61. Karayurt Ö, Dicle A, Tuna Malak A. Paylaşılmamış Deneyim: Deprem Bölgesinde Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenler. 2008;22(6):327–32.
62. Depremzede Vatandaşlarımızın 484 – 485 Doğal Afet Kodları ile Karşılanan Reçeteleri Hakkında (Güncellendi) [Internet]. [cited 2024 Jul 18]. Available from: <https://www.teb.org.tr/news/10018/Depremzede-Vatandaşlarımızın-484-485-Doğal-Afet-Kodları-ile-Karşılanan-Reçeteleri-Hakkında-Güncellendi>
63. Chan EYY, Kim J. Chronic health needs immediately after natural disasters in middle-income countries: The case of the 2008 Sichuan, China earthquake. *Eur J Emerg Med* [Internet]. 2011 Apr [cited 2024 Jul 8];18(2):111–4. Available from: [https://journals.lww.com/euro-emergencymed/fulltext/2011/04000/chronic\\_health\\_needs\\_immediately\\_after\\_natural.13.aspx](https://journals.lww.com/euro-emergencymed/fulltext/2011/04000/chronic_health_needs_immediately_after_natural.13.aspx)
64. Woersching JC, Snyder AE. Earthquakes in El Salvador: a descriptive study of health concerns in a rural community and the clinical implications, part i. *Disaster Manag Response*. 2003 Oct 1;1(4):105–9.
65. Aşık Özdemir V, Pehlivan Köksal Z. Fear of COVID-19 and Adherence to Treatment in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Descriptive and Cross-Sectional Study. *Turkiye Klin J Nurs Sci*. 2024;16(1):227–37.
66. Kiliç C, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2024 Aug 19];108(3):232–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1034/j.1600-0447.2003.00119.x>
67. Bonanno GA, Brewin CR, Kaniasty K, La Greca AM. Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychol Sci Public Interes Suppl* [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2024 Aug 19];11(1):1–49. Available from: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1529100610387086?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1529100610387086?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed)

68. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. 60,000 Disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*. 2002 Sep;65(3):240–60.
69. Harada N, Shigemura J, Tanichi M, Kawaida K, Takahashi S, Yasukata F. Mental health and psychological impacts from the 2011 Great East Japan Earthquake Disaster: a systematic literature review. *Disaster Mil Med* 2015 11 [Internet]. 2015 Sep 2 [cited 2024 Jul 17];1(1):1–12. Available from: <https://disastermilitarymedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40696-015-0008-x>
70. Kartol A, Üztemur S, Yaşar P. ‘I cannot see ahead’: psychological distress, doomscrolling and dark future among adult survivors following Mw 7.7. and 7.6 earthquakes in Türkiye. *BMC Public Health* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Jul 17];23(1):1–9. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-17460-3>
71. Cramm JM, Nieboer AP. Chronically ill patients’ self-management abilities to maintain overall well-being: What is needed to take the next step in the primary care setting? *BMC Fam Pract* [Internet]. 2015 Sep 15 [cited 2024 Jul 17];16(1):1–8. Available from: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0340-8>
72. Steenbergen S, Rijkenberg S, Adonis T, Kroeze G, van Stijn I, Endeman H. Long-term treated intensive care patients outcomes: The one-year mortality rate, quality of life, health care use and long-term complications as reported by general practitioners. *BMC Anesthesiol* [Internet]. 2015 Oct 12 [cited 2024 Jul 17];15(1):1–8. Available from: <https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-015-0121-x>
73. Donahoe MP. Current Venues of Care and Related Costs for the Chronically Critically Ill. *Respir Care* [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2024 Jul 17];57(6):867–88. Available from: <https://rc.rcjournal.com/content/57/6/867>
74. Viderman D, Seri E, Aubakirova M, Abdildin Y, Badenes R, Bilotta F. Remote Monitoring of Chronic Critically Ill Patients after Hospital Discharge: A Systematic Review. *J Clin Med* 2022, Vol 11, Page 1010 [Internet]. 2022 Feb 15 [cited 2024 Jul 17];11(4):1010. Available from: <https://www.mdpi.com/2077->

75. Manav Aİ, Atik D, Çapar A. Diyabeti Olan Yetişkinlerin Koşulsuz Kendini Kabul ve Kronik Hastalığa Uyumlarının Değerlendirilmesi Evaluation of Unconditional Self-acceptance and Adaptation to the Chronic Disease of Individuals with Diabetes Mellitus. 2021(2):153–62.
76. Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, et al. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2011 Dec 15 [cited 2024 Jul 11];33(6):1028–35. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-011-9582-2>
77. Shams MEE, Barakat EAME. Measuring the rate of therapeutic adherence among outpatients with T2DM in Egypt. *Saudi Pharm J*. 2010 Oct 1;18(4):225–32.
78. Nam S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL. Barriers to diabetes management: Patient and provider factors. *Diabetes Res Clin Pract*. 2011 Jul 1;93(1):1–9.
79. Dolmage TE, Evans RA, Goldstein RS. Defining hyperinflation as ‘dynamic’: Moving toward the slope. *Respir Med*. 2013 Jul 1;107(7):953–8.
80. Blom DJ, Marais AD, Retterstøl K, Stein EA, Ycas J, Gu Z, et al. Rosuvastatin reduces non-high-density lipoprotein cholesterol and lipoprotein remnants in patients with dysbetalipoproteinemia (Fredrickson type III hyperlipoproteinemia). *J Clin Lipidol*. 2008 Dec 1;2(6):418–25.
81. Rockx MA, Rizkalla K, Clark WF. Acute renal failure and chronic lymphocytic leukaemia. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2008 Feb 1 [cited 2024 Jul 18];23(2):770–1. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfm617>
82. Atlantis E, Baker M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *Int J Obes* 2008 326 [Internet]. 2008 Apr 15 [cited 2024 Jul 18];32(6):881–91. Available from: <https://www.nature.com/articles/ijo200854>
83. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *Pediatrics* [Internet]. 2005 Aug 4 [cited 2024 Jul 18];55(2):68–9. Available from: <https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra050100>

84. Ryan RM, Deci EL. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being Self-Determination Theory. 1985;
85. Stroebe K, Kanis B, Richardson J, Oldersma F, Broer J, Greven F, et al. Chronic disaster impact: the long-term psychological and physical health consequences of housing damage due to induced earthquakes. *BMJ Open* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2024 Jul 17];11(5):e040710. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/5/e040710>
86. Can Gür G. Shattered ground, resilient souls: examining coping strategies, social support, and earthquake exposure's effects on post-traumatic stress disorder symptoms among adolescent and young adults survivors of the 2023 earthquake in Türkiye. *Curr Psychol* [Internet]. 2024 Apr 18 [cited 2024 Jul 17];1–11. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-024-05995-6>
87. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 Disaster Victims Speak: Part I. An Empirical Review of the Empirical Literature, 1981–2001. <https://doi.org/10.1521/psyc65320720173> [Internet]. 2005 Jun 2 [cited 2024 Jul 18];65(3):207–39. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/psyc.65.3.207.20173>
88. Laba TL, Brien JA, Jan S. Understanding rational non-adherence to medications. A discrete choice experiment in a community sample in Australia. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2012 Jun 20 [cited 2024 Jul 18];13(1):1–10. Available from: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-61>
89. Devlin N, Parkin D. Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis. *Health Econ* [Internet]. 2004 May 1 [cited 2024 Jul 18];13(5):437–52. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hec.864>
90. Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, Davis C, Beckham V, Wagner EH. Self-Management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: Implementation with diabetes and heart failure teams. *Ann Behav Med* [Internet]. 2002 May 1 [cited 2024 Jul 18];24(2):80–7. Available from: [https://dx.doi.org/10.1207/S15324796ABM2402\\_04](https://dx.doi.org/10.1207/S15324796ABM2402_04)

## 8. TABLOLAR DİZİNİ

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1.</b> Diyabetes mellitus ve glukoz metabolizma bozukluklarında tanı kriterleri ....                          | 11 |
| <b>Tablo 2.</b> KOAH Evrelemesi (Postbronkodilatör FEV1 Değerine Dayalı).....                                          | 19 |
| <b>Tablo 3.</b> KOAH Ayırıcı Tanıları .....                                                                            | 19 |
| <b>Tablo 4.</b> Risk Kategorileri.....                                                                                 | 25 |
| <b>Tablo 5.</b> NKF-DOQI Sistemi Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri.....                                                 | 28 |
| <b>Tablo 6.</b> Katılımcıların sosyodemografik özellikleri .....                                                       | 33 |
| <b>Tablo 7.</b> Katılımcıların kronik hastalıkları.....                                                                | 34 |
| <b>Tablo 8.</b> Katılımcıların depresyon süreci ile ilgili özellikleri.....                                            | 35 |
| <b>Tablo 9.</b> Katılımcıların Modifiye Morisky Ölçeği değerleri.....                                                  | 36 |
| <b>Tablo 10.</b> Katılımcıların KHUÖ puanları .....                                                                    | 36 |
| <b>Tablo 11.</b> Sosyodemografik özelliklere göre Modifiye Morisky Ölçeği sonucunun karşılaştırılması.....             | 37 |
| <b>Tablo 12.</b> Kronik hastalıklara göre Modifiye Morisky Ölçeği sonucunun karşılaştırılması.....                     | 38 |
| <b>Tablo 13.</b> Depresyon süreci ile ilgili özelliklere göre Modifiye Morisky Ölçeği sonucunun karşılaştırılması..... | 40 |
| <b>Tablo 14.</b> Sosyodemografik özelliklere göre KHUÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması .....                       | 42 |
| <b>Tablo 15.</b> Kronik hastalıklara göre KHUÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması.....                                | 44 |
| <b>Tablo 16.</b> Depresyon süreci ile ilgili özelliklere göre KHUÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması.....            | 46 |
| <b>Tablo 17.</b> Ölçek puanlarının korelasyonu .....                                                                   | 47 |
| <b>Tablo 18.</b> Ölçek puanlarının lineer regresyon analizi .....                                                      | 48 |

## 9. EKLER DİZİNİ

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Ek- 1. Anket Formu..... | 84 |
|-------------------------|----|



## 10. EKLER

### Ek- 1. Anket Formu

#### **KAHRAMANMARAŞ 6 ŞUBAT DEPREMİ SONRASI BÖLGEDE YAŞAYAN VE KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HASTALIKLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ**

##### **Sayın Katılımcı;**

Danışmanlığı Öğr. Üyesi Dr. Celal KUŞ tarafından yapılan ve Arş. Gör. Dr. Burcu ARKAN'ın uzmanlık tez konusu olarak belirlenen bu çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen kronik hastalığı olan erişkin bireylerin 6 Şubat Kahramanmaraş depremi sürecinde ilaçlara erişimi ve kronik hastalıklarına uyumunu belirlemek için planlanmış bilimsel bir çalışmadır. Kronik hastalıkları olan erişkin bireylerin deprem sürecinde yaşanan değişiklikler eşliğinde tedaviye uyumun ve klinik takibin değerlendirilerek kronik hastalık takibinin farkındalığının artırılması, olası yeni depremlerde kronik hastalığı olan bireylerin tedavi ve takibini hızlandırmak, bu bireylerin gelişebilecek komplikasyonlara karşı korunması amaçlanmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından değerlendirilecek, elde edilen veriler gizli kalacaktır ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

**Katılımınız için teşekkür ederiz.**

\*Bu ankete katılmayı kabul ediyor musunuz?

a) Evet

##### **A.SOSYODEMOGRAFİK SORULAR**

1) Yaşınız: .....

2) Cinsiyetiniz:

a) Erkek b) Kadın

3) Eğitim Durumunuz:

a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite veya yüksek lisans

4) Medeni Durumunuz:

a) Bekar b) Evli c) Dul d) Boşanmış

5) Sosyal Güvenceniz Var mı?

a) Var b) Yok



6) Çalışma Durumunuz:

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor (İşsiz... / Ev hanımı.../ Öğrenci...)

7) Eğer çalışıyorsanız deprem sonrası düzenli devam ettiniz mi?

a) Evet b) Hayır

8) Mesleki Durumunuz:

a) İşçi b) Memur c) Serbest Meslek d) Emekli e) Diğer

9) Yaşadığınız yer:

a) İl b) İlçe-kasaba c) Kırsal

10) Düzenli alkol kullanımınız:

a) Var b) Yok

11) Düzenli sigara kullanımınız:

a) Var b) Yok

## **B. DEPREM SÜRECİ HAKKINDA SORULAR**

1) Depremden önce kronik hastalıklarınız sebebiyle izlem/muayene sıklığınız nedir?

a) İzlem yaptırmıyordum b) 3-6 ayda bir c) Senede bir

2) Depremden önce kronik hastalıklarınız sebebiyle kullandığınız ilaçları düzenli bir şekilde kullanıyor muydunuz?

a) Evet b) Hayır

3) Depremden sonra sağlık kurumuna başvuru sayısınız: (Acil başvurularınız dahil)

a) 0 b) 1-3 c) 4 veya daha fazla

4) Eşlik eden hastalıklarınız:

a. Diabetes Mellitus (Şeker)

b. Hipertansiyon

c. KOAH (Astım-amfizem)

d. KAH (Koroner arter hastalığı)

e. Hiperlipidemi (Kolesterol yüksekliği)

f. Stroke (İnme)

g. Tiroid (Guatr, Hiper-hipotiroidi)

h. Kronik Böbrek Yetmezliği

i. Diğer...

5) Deprem sebebiyle mal kaybı yaşadınız mı?

a)Evet b)Hayır

6) Deprem sebebiyle mal kaybı yaşadıysanız yaşadığınız kayıp durumunu belirtiniz.

a)Ev.....

b)Ev eşyaları....

c) Araba.....

d) Dükkan/ işyeri.....

e) Tadilat masrafları.....

f) Diğer....

7) Deprem sebebiyle birinci derece (anne, baba, çocuklar, kardeşler, yakın arkadaş) yakınınızı kaybettiniz mi?

a) Evet b) Hayır

8) Depremde siz veya bir yakınınız yaralandı mı?(hastane yatışı gerektiren ciddi yaralanma)

a) Evet b) Hayır

9) Deprem nedeniyle geçici veya kalıcı olarak yer değiştirmek zorunda kaldınız mı?

a) Evet b)Hayır

10) Şuanda nerede yaşıyorsunuz?

a) Ev b) Çadır c) Konteyner d) Diğer

11) Deprem döneminde kullanmanız gereken ilaçları almadığınız oldu mu?

a) Olmadı b) En fazla % 30'unu kullanmadım c) %30'dan daha fazlasını kullanmadım

12) Deprem döneminde ilaçları temin etmekte güçlük yaşadığınız oldu mu?

a) Evet b) Hayır

13) Deprem döneminde ekonomik sorunlardan dolayı ilaç alamadığınız oldu mu?

a) Evet b) Hayır

14) Deprem sürecinde tedaviden fayda görmediğinizi düşünerek ilaçlarınızı kullanmayı bıraktığınız oldu mu?

a) Evet b) Hayır

15) Depremden sonra ilaçlarınızı ilk olarak nereden temin ettiniz?

a) Sahra eczanesinden aldım b)Yakınlarımdan ilacından kullandım c) Evimdeki eski ilaçlara ulaştım d) Çevre illerden temin ettim e)Temin edemedim f) Diğer

16) İlaçlarınızı temin ettikten sonra düzenli bir şekilde ve doğru dozlarda kullanabildiniz mi?

a)Evet b)Hayır

17) Depremden itibaren mevcut kronik hastalıklarınız sebebiyle hastaneye başvurunuz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

18) ) Depremden itibaren mevcut kronik hastalıklarınız sebebiyle hastaneye yatış öykünüz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

19) ) Depremden itibaren mevcut kronik hastalıklarınız sebebiyle herhangi bir komplikasyon gelişti mi?

(Diabetik ayak, kalp krizi, inme vb)

a) Evet b) Hayır

### **C. ÖLÇEKLER**

#### **1. TÜRKÇE MODİFİYEMORİSKY ÖLÇEĞİ ANKET SORULARI**

Aşağıdaki soruların cevabını ilgili sütunda "X" işareti ile belirtiniz.

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

☐ Evet ☐ Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

## **2) KRONİK HASTALIKLARA UYUM ÖLÇEĞİ (25 SORU)**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |              |            |             |                     |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------|-------------|---------------------|
|    | <b>Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği</b><br>Sayın Katılımcı;<br>Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz. | Hiç Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Tamamen Katılıyorum |
| 1  | Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |              |            |             |                     |
| 2  | Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |              |            |             |                     |
| 3  | Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |              |            |             |                     |
| 4  | Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |              |            |             |                     |
| 5  | Hastalığımдан dolayı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |              |            |             |                     |
| 6  | Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |              |            |             |                     |
| 7  | Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |              |            |             |                     |
| 8  | Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |              |            |             |                     |
| 9  | Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |              |            |             |                     |
| 10 | Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |              |            |             |                     |
| 11 | Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |              |            |             |                     |
| 12 | Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |              |            |             |                     |
| 13 | Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |              |            |             |                     |
| 14 | Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |              |            |             |                     |
| 15 | Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |              |            |             |                     |
| 16 | Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |              |            |             |                     |
| 17 | Hastalığımдан dolayı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |              |            |             |                     |
| 18 | Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |              |            |             |                     |
| 19 | Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |              |            |             |                     |
| 20 | Hasta olmak beni endişelendiriyor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |              |            |             |                     |
| 21 | Sağlık çalışanlarına güveniyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |              |            |             |                     |
| 22 | Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |              |            |             |                     |
| 23 | Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |              |            |             |                     |
| 24 | Hastalığım için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |              |            |             |                     |
| 25 | Hastalığımдан dolayı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |              |            |             |                     |