



**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ  
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**Klinik Eğitim ve İdari Sorumlusu: Prof. Dr. Adem ÖZKARA**

**SAĞLIKTA AFET YÖNETİMİNDE  
AİLE HEKİMİNİN ROLÜ  
&  
ANKARA'DAKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ  
AFET YÖNETİMİ FARKINDALIĞI**

**Dr. Tarık Eren YILMAZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**ANKARA**

**2015**





**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ  
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**Klinik Eğitim ve İdari Sorumlusu: Prof. Dr. Adem ÖZKARA**

**SAĞLIKTA AFET YÖNETİMİNDE  
AİLE HEKİMİNİN ROLÜ  
&  
ANKARA'DAKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ  
AFET YÖNETİMİ FARKINDALIĞI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Tarık Eren YILMAZ**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Kerim Hakan ALTINTAŞ**

**ANKARA**

**2015**

## TEŞEKKÜR

Bizlere hastanemizde huzurlu bir çalışma ortamı sağlayan hastane yöneticilerimize; uzmanlık eğitimim süresince sevgisini ve şefkatini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile hem iyi bir hekim, hem de iyi bir birey olarak yetişmeme yardım eden, sevgili hocam, ailemizin büyüğü ve Eğitim ve İdari Sorumlumuz Prof. Dr. Adem Özkara' ya;

Tezim süresince yoğun çalışma temposunun yanında bana verdiği desteğinden dolayı tez danışmanım Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. K.Hakan ALTINTAŞ'a;

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Görevlisi Doç. Dr. Rabia Kahveci' ye; Başasistanlarımız Uzm. Dr. İsmail Kasım'a ve Uzm. Dr. İrfan Şencan'a;

Birlikte çalıştığım, yeri geldiğinde üzüntü ve sevinçlerimi paylaştığım, dostluk ve desteklerini hissettiğim Dr. Adem BAHADIR, Dr. İskender BÜLBÜL, Dr. Tuğba YILMAZ ve tüm aile hekimliği kliniği asistan arkadaşlarıma;

Bu çalışmaya başlamama sebep olan Van Depreminde Van 112 Komuta Kontrol Merkezi Sorumlu Hekimi olarak görev yaptığım sırada desteğini hep hissettiğim Van 112 Acil Sağlık Hizmetleri yöneticileri ve çalışanlarına;

Hastanemizde birlikte çalıştığımız tüm çalışma arkadaşlarıma;

Öğrencisi olduğum TODAİE Afet Yönetimi yüksek lisans programı yürütücüsü Doç. Dr. Aslı AKAY'a, hocalarına ve öğrenci arkadaşlarıma; yine öğrencisi olduğum Afet Etiği konusunda değerli fikirleriyle katkı sağlayan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Bölümü Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nüket Örnek Büken'e, hocalarına ve doktora öğrencisi arkadaşlarıma;

Beni yetiştiren, her türlü iyi ve kötü günümde yanımda olan, bu günlere gelmemde büyük emekleri ve fedakârlıkları olan, canımdan çok sevdiğim Annem Aysel YILMAZ ve aslan Babam Adnan YILMAZ ile ikinci annem olan ablam Selen ve kardeşim Elif Verde'ye ve tüm akrabalarıma;

Varlığı, fedakârlığı ve sevgisi ile her zaman yanımda olan, sevdiceğim eşim Tuğba YILMAZ ile yolunu dört gözle beklediğimiz Bebişimize;

Saygı ve sevgilerimi sunar, dua eder ve Mevlâ-yı Kerimimize hadsiz hamd ü sena ederim.

*Dr. Tarık Eren YILMAZ*

## İÇİNDEKİLER

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| TEŞEKKÜR.....                                          | i   |
| İÇİNDEKİLER .....                                      | ii  |
| KISALTMALAR .....                                      | v   |
| ŞEKİLLER.....                                          | vi  |
| TABLolar .....                                         | vii |
| 1. GİRİŞ .....                                         | 1   |
| 2. AMAÇLAR.....                                        | 8   |
| 2.1. Yakın Amaçlar.....                                | 8   |
| 2.2. Uzak Amaçlar .....                                | 8   |
| 2.3. Araştırmadan Beklenen Faydalar: .....             | 8   |
| 3. GENEL BİLGİLER .....                                | 10  |
| 3.1. Afet İle İlgili Temel Kavramlar ve Tanımlar ..... | 10  |
| 3.2.1. Doğal Afetler.....                              | 12  |
| 3.2.2. Kazalar.....                                    | 12  |
| 3.2.3. Şiddet Kasıtlı Hareketler .....                 | 12  |
| 3.3. Afet Yönetimi Süreci.....                         | 13  |
| 3.3.1. Afette Risk Yönetimi.....                       | 14  |
| 3.3.2. Afette Kriz Yönetimi.....                       | 15  |
| 3.4. Dünyada ve Türkiye’de Afet .....                  | 16  |
| 3.5. Afet Tıbbı.....                                   | 18  |
| 3.5.1. Afet Tıbbı’nın Tanımı .....                     | 18  |
| 3.5.2. Afet Tıbbı’nın Amacı .....                      | 19  |
| 3.5.3. Afet Tıbbı Disiplini İhtiyacı .....             | 19  |
| 3.5.4. Afet Tıbbı Disiplinin Özellikleri .....         | 20  |
| 3.5.5. Afet Tıbbı ve Halk Sağlığı .....                | 20  |
| 3.5.6. Afet Tıbbı ve Triaaj.....                       | 20  |
| 3.5.7. Afet Tıbbı’nda Acil Durum Yönetimi .....        | 22  |
| 3.6. Sağlıkta Afet Yönetimi İle İlgili Mevzuat .....   | 22  |
| 3.6.1. Anayasa .....                                   | 22  |
| 3.6.2. Kanun .....                                     | 22  |

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.6.3. Tüzük.....                                                                         | 24 |
| 3.6.4. Yönetmelik, Yönerge, Genelge .....                                                 | 24 |
| 3.7. Afetlerde Sağlık Hizmetleri.....                                                     | 26 |
| 3.7.1. Afetlerde Birincil Korunma.....                                                    | 26 |
| 3.7.2. Afetlerde İkincil Korunma .....                                                    | 27 |
| 3.7.3. Afetlerde Üçüncül Korunma .....                                                    | 29 |
| 3.8. Türkiye’de Sağlıkta Afet Yönetimi Organizasyonu .....                                | 29 |
| 3.8.1. Merkezi Yapılanma .....                                                            | 31 |
| 3.8.2. Yerel Düzeyde Yapılanma .....                                                      | 37 |
| 3.9. Aile Hekimliği Disiplini .....                                                       | 45 |
| 3.9.1. Kısa Tarihçesi.....                                                                | 45 |
| 3.9.2. Disiplinin Tanımı .....                                                            | 46 |
| 3.9.3. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri.....                                       | 47 |
| 3.9.4. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı (AHUÇEP).....                     | 48 |
| 3.10. Aile Hekimliğinde Afet Yönetimi .....                                               | 51 |
| 3.10.1. Afet Öncesi Dönemde .....                                                         | 51 |
| 3.10.2. Afetin Olduğu Dönemde .....                                                       | 55 |
| 3.10.3. Afet Sonrası Dönemde .....                                                        | 56 |
| 3.11. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi.....                | 58 |
| 3.11.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İşleyişi .....                                  | 60 |
| 3.11.2. Afet Öncesi Dönemde .....                                                         | 64 |
| 3.11.3. Afetin Olduğu Dönemde .....                                                       | 65 |
| 3.11.4. Afet Sonrası Dönemde .....                                                        | 66 |
| 3.12. Afet Etiği .....                                                                    | 67 |
| 4. GEREÇ-YÖNTEM .....                                                                     | 69 |
| 4.1. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri .....                                               | 69 |
| 4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....                                          | 70 |
| 4.3. Araştırmanın Tipi.....                                                               | 72 |
| 4.4. Araştırmanın Değişkenleri.....                                                       | 72 |
| 4.5. Araştırmada Kullanılan Tanımlar, Terimler, Sınıflamalar, Kriterler ve Yöntemler..... | 72 |
| 4.5.1. Terimler ve Tanımlar.....                                                          | 72 |

|                                                                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.5.2. Afet Sınıflaması.....                                                                                                                                                    | 73  |
| 4.5.3. Araştırma Kriterleri .....                                                                                                                                               | 74  |
| 4.5.4. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....                                                                                                                       | 75  |
| 4.5.5. Araştırmanın İnsan Gücü.....                                                                                                                                             | 79  |
| 4.5.6. Araştırmanın Ön Denemesi .....                                                                                                                                           | 80  |
| 4.5.7. Araştırma Verilerinin Analizi.....                                                                                                                                       | 80  |
| 4.5.8. Araştırmanın Etik Konuları ve İzinleri.....                                                                                                                              | 81  |
| 4.5.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi .....                                                                                                                                       | 81  |
| 4.5.10. Araştırmanın Bütçesi .....                                                                                                                                              | 82  |
| 5. BULGULAR.....                                                                                                                                                                | 83  |
| 5.1. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet ile ilgili Eğitim Durumları.....                                                                                                        | 86  |
| 5.2. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Tıbbı Eğitimi ile ilgili İsteklilikleri.....                                                                                            | 87  |
| 5.3. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet ile ilgili Deneyimleri .....                                                                                                            | 88  |
| 5.4. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet ile ilgili Tutum ve Davranışları.....                                                                                                   | 90  |
| 5.5. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Yönetimi ve Tıbbı ile ilgili Düşüncüleri ve Afet Yaşama Durumları .....                                                                 | 90  |
| 5.6. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Yönetimi ile ilgili Bilgi Düzeyleri .....                                                                                               | 94  |
| 5.7. Diğer Bulgular .....                                                                                                                                                       | 100 |
| 6. TARTIŞMA .....                                                                                                                                                               | 119 |
| 7. SONUÇ .....                                                                                                                                                                  | 130 |
| 8. ÖNERİLER.....                                                                                                                                                                | 133 |
| ÖZET.....                                                                                                                                                                       | 135 |
| ABSTRACT.....                                                                                                                                                                   | 136 |
| KAYNAKLAR .....                                                                                                                                                                 | 137 |
| EKLER.....                                                                                                                                                                      | 143 |
| EK-1: Anket.....                                                                                                                                                                | 143 |
| EK-2: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. K.Hakan Altıntaş'ın Tez Danışmanı Olarak Görevlendirme Yazısı ..... | 147 |
| EK-3: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun İzni .....                                                                                 | 148 |

## KISALTMALAR

|               |                                                                   |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>AÇSAP</b>  | : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması                            |
| <b>AFAD</b>   | : Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı                          |
| <b>AHA</b>    | : Aile Hekimliği Asistanı                                         |
| <b>AHB</b>    | : Aile Hekimliği Birimi                                           |
| <b>AHU</b>    | : Aile Hekimliği Uzmanı                                           |
| <b>AHUÇEP</b> | : Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı                |
| <b>AHUZEM</b> | : Aile Hekimleri Uzaktan Eğitim Merkezi                           |
| <b>ASM</b>    | : Aile Sağlığı Merkezi                                            |
| <b>ASOP</b>   | : Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi                          |
| <b>AYS</b>    | : Afet Yönetim Süreci                                             |
| <b>EAH</b>    | : Eğitim ve Araştırma Hastanesi                                   |
| <b>HAMER</b>  | : Hacettepe Üniversitesi Afet Tıbbı Araştırma ve Uygulama Merkezi |
| <b>HAP</b>    | : Hastane Afet Planı                                              |
| <b>HSM</b>    | : Halk Sağlığı Müdürlüğü                                          |
| <b>İNG.</b>   | : İngilizce                                                       |
| <b>İSG</b>    | : İş Sağlığı ve Güvenliği                                         |
| <b>KBRN-E</b> | : Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer ve Endüstriyel         |
| <b>KETEM</b>  | : Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi                  |
| <b>K.T.</b>   | : Kabul Tarihi                                                    |
| <b>ÖRN.</b>   | : Örnek                                                           |
| <b>R.G.</b>   | : Resmi Gazete                                                    |
| <b>TNSA</b>   | : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması                             |
| <b>SAKOM</b>  | : Sağlık Afet Yönetimi ve Kriz Operasyon Merkezi                  |
| <b>TAHYK</b>  | : Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu                        |
| <b>UMKE</b>   | : Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi                                   |
| <b>ÜTF</b>    | : Üniversite Tıp Fakültesi                                        |
| <b>VSD</b>    | : Verem Savaş Dispanseri                                          |
| <b>YLP</b>    | : Yüksek Lisans Programı                                          |
| <b>WHO</b>    | : Dünya Sağlık Örgütü                                             |
| <b>WMO</b>    | : Dünya Meteoroloji Örgütü                                        |
| <b>WONCA</b>  | : Dünya Aile Hekimleri Birliği                                    |



## ŞEKİLLER

|                                                                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1. Afet Yönetimi Süreci (AYS).....                                                                                                                               | 13  |
| 3.2. Ulusal Afet Müdahale Organizasyon Şeması .....                                                                                                                | 32  |
| 3.3. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Yapısı .....                                                                                                  | 33  |
| 3.4. İl Afet ve Acil Durum Organizasyon Şeması .....                                                                                                               | 38  |
| 3.5. İl Sağlık Müdürlüğü'nün Kriz Anındaki Görev Başlıkları .....                                                                                                  | 39  |
| 3.6. İl Sağlık Afet Planı.....                                                                                                                                     | 45  |
| 3.7. Aile Hekimliği WONCA Ağacı .....                                                                                                                              | 48  |
| 3.8. Krizlere Yaklaşım Modülü.....                                                                                                                                 | 57  |
| 3.9. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İşleyiş Şeması.....                                                                                                         | 60  |
| 3.10. Türkiye'deki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Sunan Birimler .....                                                                                        | 61  |
| 3.11. Afet Öncesi İş Akış Şeması .....                                                                                                                             | 65  |
| 3.12. Afet Sonrası İş Akış Şeması.....                                                                                                                             | 66  |
| 5.1. Aile Hekimliği Asistanlarının Görev Aldıkları Hastanelere Göre Dağılımı.....                                                                                  | 83  |
| 5.2. Aile Hekimliği Asistanlarının Daha Önce Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımları .....                                                                         | 84  |
| 5.3. A: Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine Göre Uzmanlık Eğitimi Müfredatında Afet Tıbbı Eğitimlerine Yer Verilmesini İsteme Durumlarının Dağılımı ..... | 87  |
| B: Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine Göre Afet Tıbbı Eğitimi Alma İsteklerinin Dağılımı .....                                                           | 87  |
| 5.4. A: Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Tıbbı'na Yan Dal Olarak Başvurabilmeye Dair Görüşleri.....                                                              | 92  |
| B: Afet Tıbbında Uzmanlaşmak İsteyen Hekimlerin Cinsiyete Göre Dağılımı .                                                                                          | 92  |
| 5.5. Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine ve Daha Önce Çalıştıkları Kurumlara Göre Bilgi Düzeylerinin Dağılımı .....                                       | 114 |
| 5.6. Hastanelere Göre Afet Tıbbı Bilgi Düzeyi Skorunun Dağılımı.....                                                                                               | 115 |

## TABLÖLAR

|                                                                                                                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.1. Araştırmaya Katılan Aile Hekimliği Asistanlarının Çalıştığı Kliniklere Göre Asistan Sayıları ile Kendi Kliniklerindeki Asistan Sayılarına ve Toplam Çalışmaya Katılan Asistan Sayılarına Göre Yüzdelik Dağılımı ..... | 71  |
| 4.2. Aile Hekimliği Asistanlarının Zorunlu Rotasyonları .....                                                                                                                                                              | 73  |
| 4.3. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....                                                                                                                                                                                     | 82  |
| 5.1. Aile Hekimliği Asistanlarının Demografik Bulguları ve Cinsiyete Göre Dağılımları .....                                                                                                                                | 85  |
| 5.2. Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine Göre Afet Tıbbı Hakkında Eğitim Görme Durumlarının ve Eğitim Alma İsteklerinin Dağılımları.....                                                                          | 88  |
| 5.3. Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine Göre Afet ile ilgili Deneyimlerinin, Afet Yönetimi ve Tıbbı ile ilgili Bazı Görüşlerinin Dağılımı.....                                                                   | 92  |
| 5.4. Birey Olarak Afet Yaşayan Aile Hekimliği Asistanlarının Dağılımı ve Afet Nedeniyle Yakınlarının Zarar Görmesi ve Etkilenme Düzeyi .....                                                                               | 94  |
| 5.5. Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine Göre Afet Yönetimindeki Görev Tanımlarını Bilme Durumlarının Dağılımı .....                                                                                              | 99  |
| 5.6. Afetlerde Yakınlarının Zarar Görmesinden Etkilenen Aile Hekimliği Asistanları ile ilgili Bazı Bulgular .....                                                                                                          | 102 |
| 5.7. Aile Hekimliği Asistanlarının Demografik Özelliklerine Göre Ortalama Bilgi Düzeyi Puanları .....                                                                                                                      | 114 |
| 5.8. Aile Hekimliği Asistanlarının Hastanelerine, Hastane Türlerine, Toplam Çalışma Sürelerine ve Aile Hekimliği Asistanı Olarak Çalışma Sürelerine göre Afet Tıbbı Bilgi Düzeyi Skorlarının Dağılımı .....                | 116 |
| 5.9. Aile Hekimliği Asistanlarının Diğer Demografik Bulgularına Göre Bilgi Düzeyi Skoru .....                                                                                                                              | 117 |
| 5.9. Aile Hekimliği Asistanlarının Diğer Demografik Bulgularına Göre Bilgi Düzeyi Skoru (Devamı).....                                                                                                                      | 118 |

## 1. GİRİŞ

Ne zaman ve nerede, ne şiddette ve ne şekilde olacağı bilinmeyen afetler can ve mal kaybına sebep olmaktadır. Afetler beklenmedik zaman ve süreçte (saniyeler-saatler-günler içinde) ve her yerde ortaya çıkabilen, çevre ve canlılar üzerinde oluşturdukları olumsuz etkileriyle meydana geldikleri yerlerdeki toplumların kendi lokal kapasitesi ile tek başlarına karşılayamayacakları büyük kitlesel olaylardır (deprem, sel, savaş, salgın vb). Afetler gerekli önlemler alınamazsa kaçınılmaz olabilmektedir. Ancak yerinde tedbirler alarak ve gerekli olan müdahale yöntemleri ile afetlerin ortaya koyduğu hasarlar en aza indirgenebilir[1].

Dünyada ve Türkiye’de acil durumlar ve afetler oldukça sık yaşanmaktadır. Mesela bir afet türü olan deprem nedeniyle “vefat edenlere” bakıldığında Türkiye Dünya’da üçüncü sıradadır.

Kriz yönetimiyle beraber risk yönetimi konuları Türkiye’de önemli bir yere sahiptir. Afet yönetim sürecinde multidisipliner bir yaklaşım ile kamudan birçok kurum ve kuruluşa önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Ayrıca birçok sivil toplum kuruluşu ve özel teşebbüsler bu sürecin içerisinde faal bir şekilde çalışmaktadır.

Bir olayın afet olarak adlandırılabilmesi için insan sağlığının olumsuz etkilenmesi gerekmektedir. Yani yaralanma, sakatlanma ve ölüm ile neticelenen fiziksel, ruhsal ya da sosyal olarak olumsuz yönde etkilenmiş sağlık problemlerinin olması şarttır. Ayrıca eldeki kaynakların (tıbbi malzeme, personel vb) bu olay karşısında yetersiz kalması gerekmektedir. Bu gerekçelerden de anlaşılacağı üzere afetin merkezinde hem ihmalleri sonucu afete sebep olma ile hem de incinebilir bir yapıya sahip olarak olumsuz etkiye maruz kalma şartı ile “insan” vardır. Genel maksat itibari ile bakılacak olursa da afet yönetiminin merkezinde de sağlık hizmetleri vardır. Yani afet yönetimi başarısı; sağlıkta afet yönetimi başarısına bağlıdır.

Sağlıkta afet yönetimi deyince de akla ilk acil sağlık hizmetleri gelmektedir. Lakin bir “Afet Yönetim Süreci”(AYS) sadece afetin olduğu zaman dilimini değil, afet öncesi ve sonrası dönemlerini de içine alan tüm faaliyetlerin yapıldığı zaman dilimlerini tarif eder. Bu zaman dilimlerinde afete sebep olan olay, çoğu zaman anlık

denebilecek birkaç dakikalık süre içerisinde olmaktadır. Sonrasındaki ilk 72 saat ise hayat kurtarmak adına altın saatler hükmündedir. Ancak burada unutulmuş AYS'nin süre olarak en büyük pay sahipleri olan, belki de %99'luk paylarıyla afet öncesi ve sonrasındaki dönemlerdir.

Afet öncesindeki önleme, zarar azaltma, hazırlık, eğitim, planlama aşamalarını içine alan risk yönetimiyle ve afet sonrasındaki rehabilitasyon, yeniden inşaa ve kalkınma dönemlerini içine alan iyileştirme yönetimiyle beraber başarılı bir "Sürdürülebilir Afet Yönetimi" sağlanabilir. Yoksa sadece ilk 72 saatteki müdahaleye odaklanan bir kriz yönetimi anlayışının başarılı olacağını düşünmek hatadır. Ayrıca 112 ambulans servisi ve hastanelerin acil servisleriyle beraber acil sağlık hizmetlerini, hele de bir afet durumunda sınırlandırmak büyük bir hatadır. Çünkü böylesi kitlesel yaralanmalara sebebiyet verecek bir afette, hâlihazırdaki acil sağlık hizmetleri ne kadar kuvvetli de olsa, yetersiz kalabilir. Mesela 1000 tane ambulans ve beraberinde sağlık ekibi de olsa eğer yollar afet nedeniyle kapalı ise bu yüksek kapasite afete yanıt verenlere ve afetzedeye bir şey kazandır(a)maz. Ya da onbinlerce insanın kışın evsiz kaldığı, binlerce insanın yaralandığı, sakat kaldığı ve yüzlerce insanın öldüğü bir afette eldeki kapasite ne kadar kuvvetli de olsa çaresiz kalmak içten bile değildir. İşte böylesi afetlerde yereldeki halka rahatlıkla ulaşabilen, hatta onlarla beraber yaşayıp beraber yerel şartlara karşı direnç geliştirmiş olan sağlık profesyonellerine her daim ihtiyaç duyulacağı şüphesizdir. Dolayısıyla elde bulunan tüm yerel düzeydeki sağlık çalışanlarının en azından dışarıdan yardım gelene kadar seferber olması gerekmektedir. Türkiye'de buradaki en büyük profesyonel sağlık gücü ise toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarıdır. Bunlar arasında da en çok sayıya sahip olan ve kendine bağlı nüfusu tanıyan Aile Hekimleridir.

Görüldüğü üzere AYS'nin görünürdeki en büyük ama gerçekte en küçük pay sahibi olan afete müdahale zaman diliminde bile aile hekimlerine büyük ihtiyaç vardır. Bu sürecin gerçekteki en büyük ama görülmeyen ya da görmemezlikten gelinen ya da unutulmuş bölümü olan afet öncesi hazırlık dönemiyle ve afet sonrası iyileştirme döneminde kimlerin görev alması gerektiği de önemli bir konudur.

Özellikle AYS'de olası duruma hazırlıklı olması beklenen ve gereken en önemli birimler arasında sağlık kurumları yer almaktadır. Hazırlan(a)mayan ya da

afetlerden dersler çıkarıp kalkın(a)mayan toplumlar, afete müdahale ve afetlerle mücadele konusunda başarısız olmaya devam edeceklerdir.

Bazen bu afet öncesindeki hazırlık dönemi onlarca yıl sürerken; genellikle bir afet sonrasındaki yöre halkının travma sonrası fiziksel, ruhsal veya sosyal olarak normal hayata dönüş süreci yılları bulabilmektedir[2]. Bu dönemlerde bireylerin en sık gidip gelebileceği ve en çok yardım beklediği profesyonel sağlık gücünü belirlemekte yarar vardır.

Aile Hekimleri aşağıda belirtilen kendi disiplin özellikleri ve çekirdek yeterlilikleri ile bu görevi yapabilir ve yapmalıdırlar:

“Boylamsal (Longitudinal) Bakım” ile bireylere doğumundan ölümüne kadar sağlık bakımı sunmak,

“Bütüncül Yaklaşım” ile kişilerin tüm biyo-psiko-sosyal bakımından sorumlu olmak,

“Toplum Yönelimli” eylemleriyle toplum sağlığı için özel tedbirler almak ve uygulamak,

“Kapsamlı Yaklaşım”ı esas alarak bireylerin “Akut veya Kronik Sorunları”nı aynı anda herhangi bir olay ve zamanda yönetmek,

“Sağlık ve İyilik Durumunu Geliştirme”ye yönelik olarak sorumlu olduğu nüfusun olaylara karşı direncini artırmaya çalışmak,

“Ayrışmamış Hastalıklarla Mücadele”de herhangi bir salgının ya da rahatsızlığın erken saptanması, teşhisi ve takibinde “Birinci Basamak Yönetimi”ndeki açık erişim ve tüm sağlık sorunlarına “Özgün Problem Çözme Becerisi” ile yanıtlamaya çalışmak ve “İlk Temas Noktası” olarak hizmet sunmak,

Hastalarının sağlık ile alakalı “Savunuculuğunu” üstüne alarak incinebilirliğini azaltmaya çalışmak,

Hastaları için sağlık hizmetlerinin yönetimi adına “Koordinasyonu”nu “Kişi Merkezli Bakım” yöntemiyle birey bazında sağlamak,

Birincil koruma adına riskli bireyleri saptayıp bunlara danışmanlık hizmeti vermek,

İkincil korumayla hastalarının hastalıklarından dolayı komplikasyonlarını önlemeye çalışmak,

Üçüncül koruma ile hastalarının rehabilitasyonunda bulunmak,

Ruhsal olarak etkilenebilecek incinebilir kişi ve yaş gruplarını belirlemek ve onlara her türlü psikolojik, ruhsal ve sosyolojik katkıda bulunmak,

Bu bireyleri sürekli olarak belirli aralıklarla taramak,

Kanıtı dayalı birinci basamak rehberlerini kullanarak tedavi uygulamak,

Tüm bunları yaparken etkili hasta hekim iletişimi sağlamak ve hastalarının güvenini kazanmak,

Bu iletişim ve güvenle kayıtlı olan nüfusuna birey ve toplum bazında eğitimler verip davranış değişikliği adına, alan ve saha eğiticisi olarak görev yapmak,

Yöneticilik özelliğiyle hizmet içi eğitim ve desteklerle personeli ve kaynaklarını etkin yönetmek [3, 4].

Acil durumlara ve afetlere hazırlıklı olmak sadece kamu kurum ve kuruluşlarının görevi olmayıp toplumda yaşayan bütün bireylerin görevidir. Bireylerden başlayan bu afet bilinci, yerel düzeydeki sağlık çalışanlarıyla ve özellikle de Aile Hekimleriyle devam etmesi beklenmektedir.

Nitekim Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulunun (TAHYK) 2013 yılında hazırlamış olduğu “Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı”nda “Kriz ve Afet Yönetimi” Aile Hekimliği Uzmanının görevlerinden olan “Yönetici Aile Hekimi”nin bir görevi ve özelliği olarak tanımlanmıştır[4].

Amerikan Aile Hekimliği Akademisinin (AAFP) belli aralıklarla yayınlamış olduğu asistan eğitim müfredatında ise “Afet Tıbbı” kapsamlı bir bölüm oluşturmakta ve standart bir eğitim modülü ortaya konulmaktadır [5]. (bk. Disaster Medicine, Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents)

Diğer taraftan T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2013-2017 hazırlamış olduğu Stratejik Planda nihai amaç olarak “*Hakkaniyetli şekilde halkımızın sağlık düzeyini korumak ve iyileştirmek*” şeklinde tanımlanmıştır. Bunun için ise 4 Stratejik Amaç ve 32 Hedef belirlenmiştir[6].

Bu amaçlardan ilki “*Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek*” olarak beyan edilmiştir. Hedefleri arasında ise;

“*Halkın sağlığını etkileyen acil durumların ve afetlerin sağlık üzerindeki etkisini azaltmak*” (Hedef 1.5) vardır. Hedefe Yönelik Strateji olarak da;

1.5.1. “*Afete karşı hazırlığı güçlendirmek*”

1.5.2. *Afet koordinasyonunu güçlendirmek*

1.5.3. *Acil durumlar ve afetler sırasında ve sonrasında hizmet sunumunu iyileştirmek*” şeklinde belirlenmiş ve konunun önemi vurgulanmıştır[6].

Bu hedeflere ulaşma adına da “*güvenli fiziksel ve sosyal çevrenin oluşturulması, kaza görülme sıklığının azaltılması, afet bilincinin kazandırılması, ilk yardım bilgi düzeyinin artırılması*” için toplum sağlığı merkezi öncülüğünde aile sağlığı merkezi çalışanları tarafından bu sürecin yönetilmesi ve sahada uygulanması öngörülmüştür[7]. Nitekim aile hekimlerinden uygulanan programlar çerçevesinde “*saha çalışmalarını ve eğitim programlarını*” hazırlamak ve yerine getirmek için kurumlar arası işbirliği içinde olması istenmiştir. Bu programlarda “*güvenli davranışı kazandırma, afet bilinci ve ilk yardım gibi*” sağlığı geliştiren programların takipleri bu yerel düzeydeki sağlık profesyonellerine verilmiştir[7].

Ayrıca Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) Kurulmasına dair yönergede “*bölgesinde afet organizasyonunda; afete hazırlık, afete müdahale ve afet sonrası iyileştirme aşamasında müdürlüğün sevk ve idaresinde ihtiyaçların belirlenmesini, afette sağlıkla ilgili tüm çalışmaların yapılmasını, halka yönelik afet sağlık eğitimleri düzenlenmesini*” de kapsayan bir dizi görev tanımı belirlenmiştir[8]. Bu yönergede belirtilen diğer hususlar doğrultusunda “*sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması*” adına; Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberinde bu yönergeye ilişkin değerlendirmeler yapılmış ve “*Sağlık Müdürlüğü ile birlikte yaptığı planlamada bölgesindeki hastaneler, acil sağlık hizmetleri istasyonları ve aile hekimleri ile birlikte hareket eder. Bu planlar doğrultusunda eğitim çalışmaları yürütür*” şeklinde ifade edilmiştir[1].

Özellikle TSM, kendi bölgesinde Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ölçeğinde risk ve kaynak analizi yaparak afet planının hazırlanması ve uygulanması aşamalarında aile hekimi ile beraber hareket eder. Tüm bu hizmetler kuşkusuz halk sağlığı açısından büyük öneme sahiptir[1]. Afet planının uygulanması dendiğinde bir afet anındaki tedavi edici hizmetler de anlaşılmaktadır. Burada da aile hekimlerine büyük işler düşmektedir.

Ayrıca afetin olumsuz etkilerini bertaraf etmek için afet sonrası iyileştirme dönemi de önemlidir. Tüm sağlık hizmetleri yeniden inşa dönemini de kapsamalıdır. Çünkü afetler, gerek afetin kendisinin doğrudan etkileriyle hastalık, morbidite, mortalite gibi primer sağlık sorunlarına ve gerekse bir afetin olduktan sonraki

biyopsikososyal çevrenin dengesizliği nedeniyle sekonder sağlık problemlerine sebep olabilir (çevre sağlığının ve ruh sağlığının bozulması veya salgınlar gibi). Üstelik bu sorunlar normal zamana göre hem daha tehditkâr, hem daha yayılmaya eğilimli ve hem de daha ciddi ağır vakalardan oluşabilmektedir. Bu sebeple afetlerde yürütülecek sağlık hizmetleri, Halk Sağlığı Müdürlüğünün dolayısıyla TSM’lerin ve onların kontrolü ve koordinatörlüğündeki aile hekimlerinin önemli bir ilgi ve uğraş alanı olduğu görülmektedir[1].

Kısacası her vakitte ve hususen afetlerde, sağlık hizmetlerini sunarken bütüncül bir yaklaşımın hâkim olabilmesi oldukça önemlidir. Nitekim bu husus 2013-2017 stratejik planın amaçlarında “İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek” şeklinde vurgulanmıştır[6]. Diğer vurgulanması gereken bir husus da afette verilecek sağlık hizmetlerinin, gerek risk yönetiminde gerekse de kriz yönetiminde önemli bir ulusal afet yönetimi paydaşı olduğunu unutmamaktır[1].

Tüm bu açıklamalar ile birlikte, aile hekimi bir afet yaşandığında ister istemez gerek olayın ilk saptanması, gerek kritik bilgilerin kayıt altına alınıp gerekli mercilere bildirilmesi, gerek uygun bir triyajla etkin bir müdahalenin merkezinde ya da sevk zincirinde ulusal ya da yerel düzeyde afet yönetiminin bir yerinde kendisini bulacaktır. Çünkü tüm dünyada olduğu gibi yerel düzeydeki en önemli sağlık gücü, sağlık profesyonellerinin merkezinde olan birinci basamaktaki temel sağlık hizmeti sunan aile hekimleridir[6]. Dolayısıyla belki de daha önce hiç karşılaşmadığı ama ileride yaşaması kuvvetle muhtemel olan böylesi bir kriz durumunda aile hekimlerinin, gerekli eğitimle donanmış olması gerekmektedir. Afet öncesinde gerekli yerlerle koordineli bir şekilde iletişim içerisinde olup “afet planı” çerçevesinde hazırlıklı olmalıdır[9].

Dolayısıyla bütüncül yaklaşımı kendisine şiar edinmiş olan aile hekimlerine afetlerde büyük görevler düşmektedir. Topluma rol model olabilen ve afet konusunda en çok bilinçli hareket etmesi beklenen ve ileride ailelerin her türlü konuda destekçi olmasını beklediği aile hekimlerinin Sağlıkta Afet Yönetimi konusundaki kendi özdeğerlendirmelerini yapmaları ve farkındalık seviyelerini artırmaları şarttır.

Bu çalışmanın amacı da gelecekte Aile Hekimliği Uzmanı (AHU) olarak gerek İl Sağlık Müdürlüklerinde (İSM), gerek TSM’lerde gerekse de ASM’lerde



görev yapacak olan ve şu anda bu konu hakkında eğitimler alıp pratik kazanması beklenen aile hekimliği asistanlarının sağlıkta afet yönetimi hakkındaki algı ve farkındalık seviyelerini belirlemektir. Afetle ilgili görüşlerinin tespit edilmesidir.

Bu amaçla Ankara'daki Aile Hekimliği asistanlarının sosyodemografik özellikleriyle beraber afetle ilgili bilgi, görüş ve tecrübelerinin ve bir afette kendi görev tanımlarını bilme durumlarının değerlendirilmesi planlanmıştır.



## **2. AMAÇLAR**

### **2.1.Yakın Amaçlar**

Ankara İlindeki Aile Hekimliği Kliniklerinde çalışmakta olan Asistan hekimlerin; Afet öncesi, sırası ve sonrasındaki rollerini ve görevlerini bilme durumlarını saptamak,

Afet öncesi, sırası ve sonrasındaki rollerini ve görevlerini bilme durumları ile ilişkili özellikleri belirlemek,

Bazı sosyodemografik özelliklerini saptamak,

Afet tıbbı hakkındaki farkındalık durumlarını artırmaktır.

### **2.2. Uzak Amaçlar**

Bütüncül yaklaşımıyla toplumlarına bir önder ve rehber olabilen aile hekimlerinin afet yönetimindeki farkındalık ve bilgi durumlarını artırarak sağlıkta afet yönetimi ve afet tıbbı uygulamalarının daha kaliteli ve verimli sunulmasına katkı yapmak,

Aile Hekimlerinin uzmanlık eğitiminde sağlıkta afet yönetimi ve afet tıbbı konularının daha yoğun kapsanmasına katkı sunmak,

İlerde bu konu ile ilgili çalışacak araştırmacılara bir kaynak oluşturmaktır.

### **2.3. Araştırmadan Beklenen Faydalar:**

Riskler ve afetlerle baş edebilme kapasitesi yüksek, dirençli ve az zarar görebilir bir toplum için farkındalık düzeyi artmış Aile Hekimleri olma yolunda ilerlemek,

Bu özelliklere sahip afet öncesi, sırası ve sonrasında yürütülmesi gereken faaliyetlerin genel ismi olan sağlıkta afet yönetiminde aile hekimlerinin kendi rollerini keşfetme olanağı sağlamak,

Afet yönetimi konusunda gerekli bilgilerin alınması adına en azından gidilen kliniklerde kendi eğitim müfredatlarına konunun eklenmesini sağlamak,

Ulaşılabildiği ve irdelenebildiği kadarıyla; tüm dünyadaki aile hekimliği uygulamalarında örnek olabilecek afet tıbbı yaklaşımını literatür taraması ile araştırıp bulmak ve bunlar üzerinden önerilerde bulunmak,

Bilgi düzeyi artmış toplum bilinci ve kültürü oluşturmak adına afet tıbbı bilgi düzeyi artmış sağlık profesyonellerini eğitime teşvik etmek çalışma sonucu beklenen faydalar arasında yer almaktadır.



### 3. GENEL BİLGİLER

#### 3.1. Afet İle İlgili Temel Kavramlar ve Tanımlar

Afet yönetimindeki olası bir müdahalede ya da hazırlık çalışmalarında anlam kaymalarına mahal vermemek önemlidir. Afet ile ilgili tanım ve kavramları anlatmak maksadıyla afet yönetiminde ortak bir dil kullanmak için gayet güncel olan T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı koordinasyonu ile hazırlanan ve basılan “Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü” kullanılmıştır.

**Tehlike:** (ing. hazard) “Belirli bir zaman veya coğrafyada ortaya çıkarak yaşamı tehdit eden, toplumun sosyoekonomik düzen ve etkinliklerine, doğal çevreye, doğal, tarihi ve kültürel kaynaklara zarar verme potansiyeli olan doğa, teknoloji ya da insandan kaynaklanan fiziki olay ve olgu.

*Diğer bir deyişle tehlike; doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olan ve fiziksel, ekonomik, sosyal kayıplara yol açabilecek tüm olayları ifade eder”[10].*

**Risk:** (ing. risk) “Bir olayın belirli koşul ve ortamlarda doğurabileceği can, mal, ekonomik ve çevresel gibi değerlerin kaybının gerçekleşme olasılığı.

*Diğer bir deyişle; “risk = potansiyel kayıplar” veya “risk = tehlike x hasar görülebilirlik” tir. Sigortacılık ve mühendislikte kayıp olasılığı olarak adlandırılır”[10].*

Mevzuatta ise, “belirli bir alandaki tehlike olasılığına göre kaybedilecek değerlerin ölçüsü” olarak ifade edilir[11].

**Kriz:** (ing. crisis) “Normal düzeni bozan, toplum için olumsuz sonuçlar doğurma olasılığı bulunan fiziksel, sosyal, ekonomik ve politik olayların ortaya çıkması hâli.

*Normal sistemi ve toplumun temel değerlerini önemli ölçüde tehdit eden, zaman baskısı ve stres altında önemli kararlar almayı gerektiren durumları kapsamaktadır”[10].*

Yönetmelikte ise, “devletin ve milletin bölünmez bütünlüğü ile millî hedef ve menfaatlere yönelik hasmane tutum ve davranışların, Anayasa ile kurulan hür ve demokratik düzeni veya hak ve hürriyetleri ortadan kaldırmaya yönelik şiddet hareketlerinin, tabii afetlerin, tehlikeli salgın hastalıkların, büyük yangınların, radyasyon ve hava kirliliği gibi önemli nitelikteki kimyasal ve teknolojik olayların,

*ağır ekonomik bunalımların, iltica ve büyük nüfus hareketlerinin ayrı ve birlikte ortaya çıktığı hâller” olarak ifade edilmektedir[12].*

**Acil Durum:** (ing. emergency) *“Büyük, fakat genellikle yerel imkânlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren tüm durum ve hâller. 5902 sayılı kanunda, “Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hâli” olarak tanımlanmıştır”[10, 11].*

**Afet:** (ing. disaster) *“Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur”[10].*

**Afet Riski:** (ing. disaster risk) *“Belirli bir tehlikenin, gelecekte belirli bir zaman süresi içinde meydana gelmesi hâlinde, insanlara, insan yerleşmelerine ve doğal çevreye, bunların zarar veya hasar görebilirlikleri ile orantılı olarak oluşturabileceği kayıpların olasılığı.*

*Riskten veya kayıp olasılığından bahsedebilmek için belirli büyüklükteki tehlike veya olayın varlığı ve bundan etkilenebilecek değerlerin mevcudiyeti ile bu değerlerin tehlike veya olaydan etkilene oranları veya zarar görebilirliklerinin tahmin edilebilmesi gerekmektedir”[10].*

**Afet Yönetimi:** (ing. disaster management) *“Afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması, afet sonucunu doğuran olaylara zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edilmesi ve afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yeni bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi için toplumca yapılması gereken topyekûn bir mücadele süreci.*

*Afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması amacıyla, afet öncesi, sırası ve sonrasında alınması gereken önlemler ve yapılması gereken çalışmaların planlanması, yönlendirilmesi, koordine edilmesi, desteklenmesi ve etkin olarak uygulanabilmesi için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla, imkân ve kaynaklarının belirlenen stratejik hedefler ve öncelikler doğrultusunda kullanılmasını gerektiren, çok yönlü, çok disiplinli ve çok aktörlü, dinamik ve karmaşık bir yönetim sürecidir”[10].*

### 3.2. Afet Sınıflaması

Farklı kaynaklarda birden fazla afet sınıflaması vardır. Bunlara bir örnek “Afetlerin Tehlike (ing. Peril) Sınıflaması”dır[13, 14]. Ancak araştırma konusunun merkezinde Aile Hekimliği olması sebebiyle Amerikan Aile Hekimliği Derneği tarafından Afet Tıbbı konusu hakkındaki rehberinde tanımlanan sınıflamanın verilmesi uygun görülmüştür[5]. Bu sınıflama aşağıdaki gibidir.

#### 3.2.1. Doğal Afetler

- i. Meteorolojik (örn. kasırga, hortum, fırtına, sıcak veya soğuk hava dalgası)
- ii. Jeolojik (örn. deprem, volkanik patlama, sel)
- iii. Diğer (örn. yangın, patlama, salgın)

#### 3.2.2. Kazalar

- i. Kitleli Kayıplara Yol Açan Ulaşım Kazaları (örn. uçak, otobüs, tren)
- ii. Tehlikeli Madde Salınımına Yol Açan Ulaşım Kazaları
- iii. Yapısal Kazalar (örn. bina veya köprü çökmesi)
- iv. Tarımsal veya Endüstriyel Kazalar (örn. tehlikeli kimyasal veya biyolojik maruz kalım)
- v. Nükleer veya Radyolojik Kazalar
- 1) Hastane Kökenli Radyasyon (tanısal radyoloji, radyasyon onkolojisi)

#### 3.2.3. Şiddet Kasıtlı Hareketler

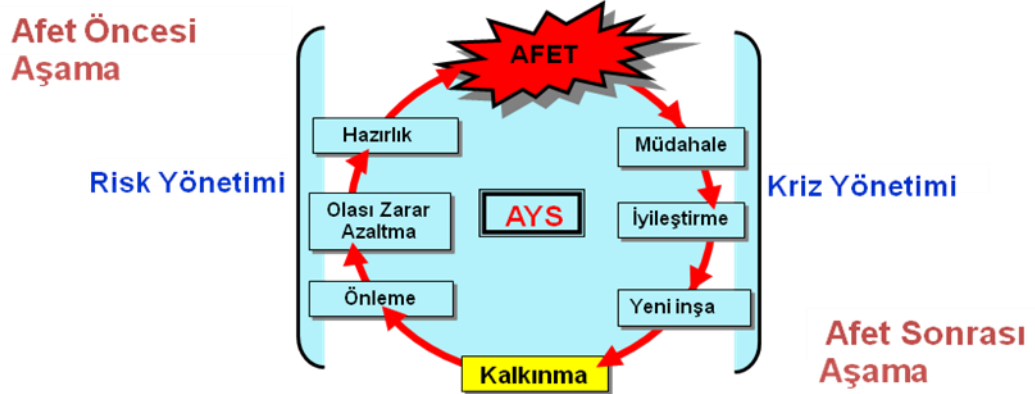
- i. Kriminal Olaylar (Hedef Grubunda Birey Olanlar)
  - 1) Bombalama
  - 2) Kurşunlama, Ateşli silah
    - a) Hastane kliniklerinde ya da Acil Servislerde Ateşli Silah Yaralanmaları
- ii. Terör Olayları (Hedef Grubunda Toplum Olanlar)
  - 1) Bombalama
  - 2) Kurşunlama, Ateşli silah (örn. keskin nişancı saldırıları)
  - 3) Nükleer veya Radyolojik Saldırıları
  - 4) Biyolojik Saldırıları

- a) Bakteri Salgınları (örn. şarbon, kolera, veba, tularemi, ateşli humma)
  - b) Virütik Salgınlar (örn. çiçek, Venezüella ensefaliti, SARS, pandemik gripler)
  - c) Toksinle ilişkili Salgınlar (örn. botulinum toksini, stafilokokal enterotoksin)
- B)
- 5) Kimyasal Ajanların Kullanıldığı Silahlar
    - a) Sinir Gazları (örn. organo fosfat zehirlenmeleri)
    - b) Diğer Ajanlar (örn. hardal gazı)

### 3.3. Afet Yönetimi Süreci

“Bir afet olayını izleyen ve bir sonraki afete kadar birbirini takip eden afete müdahale, iyileştirme, yeniden inşa, zarar azaltma ve afete hazırlık aşamalarının tümü.

Afet yönetiminin evreleri olarak da anılırlar. Her evrede yapılan çalışmaların başarısı büyük ölçüde, bir sonraki evredeki çalışmaların başarısını etkilediği için bu döngü iç içe geçmiş zincir halkaları veya daire ile gösterilmektedir”[10]. (ing. disaster management process) (Şekil 3.1)



Şekil 3.1. Afet Yönetimi Süreci (AYS)[15]

Kısaca iki ana başlık altında bu süreç yürütülmektedir. Bunlar;

### 3.3.1. Afette Risk Yönetimi

*“Ülke, bölge, kent veya yerleşme birimi ölçeğinde tehlike ve riskin belirlenmesi, analizi, riskin azaltılabilmesi için imkân, kaynak ve önceliklerin belirlenmesi, politika ve stratejik plan ve eylem planlarının hazırlanması ve yaşama geçirilmesi sürecini” ifade eder[10]. (İng. disaster risk management)*

Mevzuattaki tanımı: *“Ülke, bölge, kent ölçeğinde ve yerel ölçekte risk türleri ve düzeylerini tespit etme, önleme, azaltma ve paylaşma çalışmaları ile bu alandaki planlama esasları. Afet senaryolarının hazırlanması, uygulama önceliklerinin belirlenmesi ve riskin azaltılabilmesi için genel politika ve stratejik planlarla, uygulama planlarının hazırlanması ve hayata geçirilmesi bu süreç kapsamındadır”[11].*

**Önleme:** (ing. prevention) *“Risklerin etkilerini önlemek veya azaltmak için yapılan çalışma, tedbir”[10].*

**Zarar Azaltma:** (ing. mitigation) *“Doğal, teknolojik ve insan kaynaklı tehlikelerle, çevresel bozulmaların afet sonucunu doğurmasını önlemek veya etkilerini azaltmak amacıyla, afet öncesi, sırası ve sonrasında alınması gereken yapısal veya yapısal olmayan önlem ve faaliyetlerin tümü.*

*Bu faaliyetler birçok kurum ve kuruluşla, çok çeşitli disiplinlerin belirli bir hedef doğrultusunda çalışmasını gerektiren uzun vadeli çalışmalardır. Zarar azaltma evresi, pratikte, iyileştirme evresindeki faaliyetlerle birlikte başlar ve yeni bir afet olana kadar devam eder. Bu evrede yürütülen faaliyetler, ülke, bölge ve yerleşme birimi ölçeğinde olmak üzere çok geniş uygulama alanı göstermektedir”[10]. Zararın anlamı ise “Doğa, teknoloji ve insan kaynaklı olayların neden olduğu fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıpların tümü” şeklinde ifade edilmektedir [10].*

**Afete Hazırlık:** (ing. disaster preparedness) *“Afetlere zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edebilmek için afet öncesinde yapılması gereken planlama, eğitim, tatbikat, erken uyarı sistemlerinin kurulması, acil yardım malzeme stokları, halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gibi faaliyetlerin sürekli ve sürdürülebilir olarak yürütüldüğü süreç”[10]. Mevzuatta ise hazırlık; “Afet ve acil durumlara etkin bir müdahale amacıyla önceden yapılan her türlü faaliyet” olarak ifade edilmektedir [11].*



### 3.3.2. Afette Kriz Yönetimi

*“Kriz hâli şartları süresince uygulanan, durumu normale döndürmeyi amaçlayan geçici bir yönetim biçimidir.*

*Afet yönetiminden farkı, sürekliliğinin olmaması, belirli bir zamanla sınırlı bulunması, krizi gerektiren olay ve nedenler kalktığında sona ermesidir”[10]. (ing. disaster crisis management)*

**Müdahale:** (ing. response, intervention) *“Afet ve acil durumlarda can ve mal kurtarma, sağlık, iâşe, ibate, güvenlik, mal ve çevre koruma, sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin verilmesine yönelik çalışma.*

*Afetin meydana gelmesi ile başlayan ilk evredir. Arama-kurtarma, ilk yardım, tıbbi sağlık, gıda, barınma, giyim, su ve arıtma temini hizmetleri gibi halkın acil ihtiyaçlarının sağlanması; hasar tespiti, yardım kaynaklarının koordinasyonu gibi konular bu aşamada gerçekleştirilir.*

*Bu, ilk müdahaleyle başlayıp, duruma göre kısa veya daha uzun süreyle devam edebilen bir süreçtir. Acil müdahale veya afete müdahale olarak da tanımlanmaktadır”[10].*

**İyileştirme:** (ing. recovery) *“Afetlerden etkilenmiş olan toplulukların ihtiyaçlarının en akılcı yol ve yöntemlerle karşılanması, hayatın bir an önce normale döndürülmesi, muhtemel afetlerle baş edebilme imkânlarının geliştirilmesi ve en az zarar görmelerini sağlayacak daha güvenli bir yaşam çevresi oluşturulması için yapılması gereken yasal, kurumsal, fiziksel, sosyal ve ekonomik faaliyetlerin tümünü kapsayan uzun süreçtir. Afet yönetiminde, afete müdahaleden sonra gelen dönemi ifade eder”[10].*

**Yeniden İnşa:** (ing. reconstruction) *“Afet nedeniyle yıkılan, yanan veya kullanılamaz duruma gelen bina, tesis ve altyapıların işlevlerini görmek üzere, afetlere daha dayanıklı ve çevreye uyumlu bina ve tesislerin inşa edilme sürecidir”[10].*

**Sürdürülebilir Kalkınma:** (ing. sustainable development) *“Gelecek kuşakların kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme imkânlarını ortadan kaldırmadan, bugünkü kuşakların ihtiyaçlarını karşılayarak kalkınabilmesi ve ekonomik, sosyal, çevresel hedefler arasında denge kurulması esasına dayanan bir kalkınma ve gelişme yaklaşımı. Afetler açısından ise; günümüzde ve gelecekte toplumsal eşitsizliğe, çevre*

ve afet sorunlarına yol açmadan ekonomik gelişmenin sağlanabilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi süreci olarak ifade edilebilir”[10].

**Sürdürülebilir Afet Yönetimi:** (ing. sustainable disaster management) “Var olan tehlike ve riskleri önleme, bunlardan sakınma veya etkilerini azaltma, daha güvenli ve gelişmiş yeni yaşam çevreleri oluşturma ana hedeflerinin yanı sıra ekonomik, sosyal ve çevresel gelişmelere de katkı sağlayabilen yönetim”[10].

**Bütünleşik Afet Yönetimi:** (ing. integrated disaster management) “Afetlerle baş edebilen, dayanıklı ve dirençli bir toplum oluşturmak için tüm tehlikeleri dikkate alan, afet yönetiminin önleme, zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme aşamalarında yapılması gereken çalışmalar ve alınması gereken önlemleri, toplumun tüm güç ve kaynaklarını kullanarak gerçekleştirebilen bir yönetim süreci; entegre afet yönetimi şeklinde de adlandırılmaktadır”[10].

### 3.4. Dünyada ve Türkiye’de Afet

Doğal afetlere dünya genelinde bakıldığında, 31 çeşit doğal afetin 28’ini meteorolojik afetlerin oluşturduğu görülmektedir. Doğal afetlerin farklılığı ve sıklığı bölgeden bölgeye değişmektedir. Örneğin, Akdeniz Bölgesinde doğal afetler dendiği vakit akla ilk olarak “kuraklık, sel, orman yangını, heyelan, dolu fırtınası, çığ ve don olayları” gelmektedir. Türkiye’de ise en sık karşılaşılan meteorolojik karakterli afetler “dolu, sel, taşkın, don, orman yangını, kuraklık, şiddetli yağış, şiddetli rüzgâr, yıldırım, çığ, kar ve fırtına” şeklindedir. Yalnızca 1980’li yıllarda Dünya Meteoroloji Örgütü’ne (WMO) göre dünyada 700,000 kişi meteorolojik afetlerden dolayı hayatını kaybetmiştir[16].

Dünyada her zaman doğa olayları olmaktadır, lakin bunların afete dönüşmesi insanların doğal dengeyi bozması ve ihmalkârlığı nispetinde olmakta ve git gide artmaktadır. Deprem, sel, çığ, heyelan, kuraklık bunların başlıcalarıdır. Tüm bunlar insanların yaşamlarının bir bölümünde olumsuz etkilenmelerine sebep olmaktadır. Öyle ki tarihte afetler sebebiyle yerle bir olan uygarlıklar bile olmuştur. 1985’deki Mexico City, 1999’daki Kocaeli, 2003’teki İran Bam ve 2011’deki Japonya Sendai depremlerinin çok sayıda insanın ölmesine, yaralanmasına, sakat kalmasına veya evsiz kalmasına; şehirlerin ve bulunduğu ülkelerin büyük zarara uğramasına sebep olduğu görülmüştür[17].

Dünya’da etkisini göstermiş olan 31 doğal afet türünden en önemlilerinden olan kuraklık, tropikal siklon, sel ve taşkınların ortak özelliği önceden tahmin edilebilmesidir. Bu tür erken uyarılar ile binlerce kişinin hayatı önlemler alınarak korunabilir ve maddi kayıplar bir nebze olsun azaltılabilir. Örneğin 1970 senesindeki Bangladeş tropikal siklonunda 300.000 kişi hayatını kaybetmişken gelişmiş erken uyarı sistemleriyle benzer tropikal siklonlarda 1992’de 13.000, 1994’te ise yalnızca 20 kişi hayatını kaybetmiştir[17].

Japonya’da 2011 senesinde 8,9 büyüklüğündeki depremin sonrasında meydana gelen tsunamide ise binlerce kişinin öldüğü ve kaybolduğu bildirilmiştir. Tsunaminin yani ilk tehlike olan depremin ardındaki ikincil tehlikenin bazen daha çok can ve mal kaybına sebep olabileceği göz ardı edilmemelidir. Ayrıca yine bu depremde hasar gören Fukuşima Nükleer Santrali ile diğer bir ikincil afet bölgeyi tehdit eder hale gelmiştir. Uzun zaman etkileyebilecek olan nükleer sızıntısıyla anlık olaylar ardından, görüldüğü üzere bazen seneler boyu sürebilecek, hatta nesilden nesile aktarılacak insan ve çevre sağlığı problemleri ortaya çıkabilmektedir[17].

Türkiye; tektonik oluşumuyla sahip olduğu jeolojik ve topografik yapısıyla ve meteorolojik özellikleriyle çeşitli doğal afetlerle karşı karşıya gelebilen bir ülkedir. Türkiye’de öncelikle deprem olmak üzere sel, heyelan, yangın, çığ düşmesi ve kuraklık başlıca görülen afetler olup şimdiye kadar en çok hasara neden olan afet ise depremdir[18].

Türkiye’de görülen can kaybı açısından en büyük depremlerden ilki 1939 senesinde meydana gelen 7,9 büyüklüğündeki Erzincan depremidir. Nitekim bu depremde 32.962 kişi vefat etmiş ve 116.720 yapı ağır hasar görmüştür. En büyük ikinci deprem 1999’daki 7,4 büyüklüğünde olan Marmara depremidir[17, 19]. Kuzeybatı Anadolu’nun tümünde hissedilen ve yer yer ciddi can ve mal kayıplarına sebep olan bu büyük deprem, Dünya’daki en çok hasar meydana getiren ilk 10 deprem arasında yerini almıştır[17, 20]. Türkiye’nin doğal afet profiline bakıldığında zaman 1900 - 2015 yılları arasında uluslar arası kayıtlara düşen 77 deprem, 43 sel ve su baskını, 13 heyelan, 8 epidemik salgın, 5 orman yangını ve 6 fırtına bulunmaktadır[19]. Bu afetlerden can kaybı açısından ilk 10 afete bakıldığında tamamının deprem olduğu anlaşılmaktadır[19]. Nitekim Türkiye depremlerindeki can kaybı açısından dünyada üçüncü, etkilenen insan sayısı açısından ise sekizinci

sıradadır[18]. Ayrıca etkilenen insan sayısına göre ilk 10'a bakılırsa birincisinin 1589600 kişi sayısı Adana Ceyhan Depremi olduğu ve ilk 10'un arasında 2 tane de sel felaketinin (1998 Devrek Seli ve 1995 Antalya Seli) olduğu anlaşılmaktadır. Toplam ekonomik zarara bakılacak olursa da 20 milyar dolar ile Marmara depreminin başı çektiği görülmektedir[19].

Diğer taraftan yalnızca doğal afetlerin değil, teknolojik ve insan kaynaklı afetlerin de insan sağlığı, çevre sağlığı ve sosyoekonomik yapıyı olumsuz etkilediği hatta büyük çapta zararlara yol açtığı görülmektedir. Nitekim 1945 senesindeki Japonya'nın Hiroşima ve Nagazaki kentlerine atılan atom bombalarıyla vefat eden 300.000 kişi ve sakat kalan milyonlarca kişi bunun en önemli örneklerinden biridir[17]. Öyle ki üzerinden yarım asırdan fazla geçmiş olmasına rağmen bu nükleer bombaların canlılar ve çevre üzerindeki olumsuz etkileri devam etmektedir. Türkiye'nin 1900-2015 yılları arasında teknolojik kaynaklı afetlerine bakıldığı zaman ise 25 endüstriyel kaza, çoğunluğu karayolu olmak üzere 97 ulaşım kazası ve 10 büyük çapta yangın olduğu görülmektedir. İlk 10 insan kaynaklı afette toplamda yaklaşık 3000 can kaybı olduğu anlaşılmaktadır[21].

Bu tür doğal afetler ve insan kaynaklı afetlerin sebep olduğu zararları olabildiğince azaltmak mümkün olup her birey ve birimin afetler konusunda farkındalık ve bilincinin artırılması gerekmektedir. Nitekim bu bilinç seviyesi ve farkındalık durumu afet yönetim sürecinin en büyük bileşenlerinden biridir.

### **3.5. Afet Tıbbı**

Toplum üzerinde ciddi bunalım ve sıkıntılara yol açan afetler; olumsuz etkisini en çok insan sağlığı üzerinden göstermektedir. Nitekim bu afetlerde hastalıklar, sakatlıklar ve ölümler kaçınılmaz olmaktadır. Burada sağlığın esaslarını oluşturan fiziksel, ruhsal ve sosyal boyut etkilenmektedir. Dolayısıyla sağlık profesyonellerinin acil durum ve afet yönetimi konusunda bilgi ve becerilerini geliştirmesi gerekmektedir[13].

#### **3.5.1. Afet Tıbbı'nın Tanımı**

Afet tıbbını açıklayan birçok tanım vardır. Afet tıbbı disiplini, farklı sağlık disiplinlerinin (aile hekimliği, acil tıp, cerrahi, dahiliye, enfeksiyon hastalıkları,

epidemiyoloji, halk sağlığı, pediatri vb) yardımıyla afetten kaynaklanan sağlık problemlerini önlemek, anında müdahale etmek ve rehabilite etmek için diğer tıp dışı disiplinlerle de beraber geniş çaplı afet yönetimini gerçekleştirmeyi hedefleyen bir çalışma alanıdır[13].

Başka bir tanımda ise ortaya çıkan bir afette maksimum sayıda yaralıyı elindeki tüm kaynakları verimli bir şekilde kullanarak kurtarmayı ve bu durumu idare etmeyi hedefleyen bir tıp dalı olarak ifade edilmiştir[13].

AFAD'ın sözlüğünde ise afet tıbbının (ing. disaster medicine) tanımında yukarıda bahsedilene ek olarak hastane dışından da (sahada, enkazda, sahra hastanelerinde vb) müdahale etmeyi planlayan çalışmaların ve araştırmaların yapıldığı bilim dalı olarak bahsedilmektedir[10].

### **3.5.2. Afet Tıbbı'nın Amacı**

Afet tıbbının amacı 3 başlık altında toplanabilir.

Etkilenen toplumun sağlığını olumsuzluklara karşı korumak, bunları önlemek veya azaltmaktır.

Toplumun sağlık standartlarını afet öncesi duruma yeniden kavuşturmak hatta daha da kalkınmasını sağlamaktır.

Sağlık hizmetini ve kurumlarını afetten korumak veya zarar gördüyse yeniden kurmaktır[13].

### **3.5.3. Afet Tıbbı Disiplini İhtiyacı**

Zamanla sağlık çalışanları afetlerle daha çok karşılaşmakta ve etkileriyle daha fazla mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Nitekim 1900 ile 2009 yılları arasında yapılan uluslar arası çalışmaların istatistiklerinde doğal afet ve teknolojik afetlere; nüfus artışı, sağlıksız kentleşme, endüstrileşmenin yaygınlaşması, trafik artışı, terör tehdidi ve silahlı çatışmalar gibi faktörlerden dolayı incinebilir toplumun artmasıyla, maruz kalım bire elli oranında artmıştır. Dolayısıyla böylesi önemli bir konu ve iş yüküne karşı bu konuda uzmanlaşmış sağlık profesyonellerine ihtiyaç artmış ve afet tıbbı disiplini tıp bilimlerinde kendini ayrı bir uzmanlık dalı olarak göstermiştir[13].

#### **3.5.4. Afet Tıbbı Disiplinin Özellikleri**

Afet tıbbı küresel, kitlesel ve operasyonel bir özelliğe sahiptir. Ayrıca amaçları doğrultusunda kendi içinde doktrini mevcut olup tıp dışı özellikleriyle de kapsayıcılığı vardır.

Operasyoneldir çünkü uygulamalarının birçoğu sahada yani olay yerinde yapılmaktadır. Triyajla olaydan etkilenen yaralı kitleler yönetilir. Ayrıca olay yeri incelemeleriyle koruyucu güvenlik önlemleri alınır ve biyopsikososyal faktörler irdelenir.

Özellikle olay anında kitleseldir çünkü birden çok yara çeşidi olan çok sayıda yaralıya uygun bir triyajla eldeki kıt kaynaklarla müdahale edilmektedir. Bireyden çok toplumsal bir bakış açısı gerekmektedir.

Küreseldir çünkü afet tıbbı multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç duyar. Disiplinler arasında rekabet olmayıp tam bir işbirliği olmalıdır. Kısacası afet tıbbı bir takım ve ekip çalışmasıdır.

Tıp dışı özellikleri vardır çünkü komuta, kontrol ve koordinasyon gibi yönetsel beceri ve bilgiye ihtiyaç duyar. Ayrıca afet sürecinde gereken analizleri yapabilecek bilgiye haiz olması ve aralıklarla tekrar durum değerlendirmesi yaparak afeti yönetmesi gerekmektedir[13].

#### **3.5.5. Afet Tıbbı ve Halk Sağlığı**

Afetler; sık yaşanılması, yüksek morbidite ve mortalite hızlarına sahip olması, ev, işyeri ve okul gibi barınma ve ekonomik unsurları içinde bulundurması, çevre sağlığı ve biyopsikososyal durumlarıyla bireylerden başlayan doğrudan ya da dolaylı etkileriyle bir halk sağlığı sorunudur.

Afet tıbbındaki halk sağlığı unsurları ve çalışmaları sadece halk sağlığı uzmanlarının çalışmalarıyla sınırlanmayıp diğer tüm sağlık disiplinlerinin halk sağlığı ile alakalı hizmetlerini de içermektedir[13].

#### **3.5.6. Afet Tıbbı ve Triaj**

Afet Tıbbı'ndan bahsederken iyi bir triyaj bilgisinin verilmesi gerekir. Zira yukarıda da bahsedildiği gibi bu disiplinin alan çalışması genellikle olay yerinde cereyan etmektedir. İlk tıbbi acil müdahale sahada yapılmaktadır[13]. Lakin burada

elindeki k t kaynak ve yetersiz personel k sacas  kapasite azlığı olay yerindeki sağlık personelini zor durumda bırakmaktadır.  şte triyaj burada devreye girmektedir. Buradaki amaç en kısa sürede olabildiğince çok yaralıya etkin müdahale etmektir[22]. Sahada ve sağlık hizmeti sunulan yerde y ğılmayı ve kargaşayı önlemek ve etkili müdahale etmek hedefleri arasındadır[23].

Aslında triyaj yaralıları gruplama mantığına dayanmaktadır. Hafif yaralılarından başlayıp  l me yakın olan afetzedelere kadar olan yaralıları, gruplayan bir sınıflama sistemidir. Ayrıca bu sınıflamayı uluslar arası kabul gören ve bu grupları temsil eden renk bantlarıyla (ya da triyaj etiketleriyle) desteklemektedir. Böylelikle büyük olaylarda kargaşayı engellemek adına müdahale edilecek grupları daha kolay anlaşılr hale getirmeyi ve vakit kaybetmeden verimli bir hizmet sunmayı hedefler. Bu renkler ve temsil ettiği yaralı grupları aşağıdaki gibidir.

### **Basit Triage**

Yaralıların hızlı bir şekilde değerlendirildiği ve işaretlendiği triyaj  ifade eder. Burada kullanılan parametreler solunum, dolaşım ve bilinç durumudur. Yardım edilemeyecek halde bulunanlar, acil nakli gereken hastalar ve nakli ertelenebilecek olan hasta gruplarını ayırmada kullanılır. Hedeflenen gerekli kişilerin en hızlı şekilde nakilleridir. Bu modele aynı zamanda START (Simple Triage And Rapid Transport) modeli de denmektedir[24].

### ** leri Triage**

Bu triyaj modelinde ise deneyimli sağlık profesyonellerinden hastaları gruplandırması istenir. Bu gruplama 5 ana renk ile işaretlenerek yapılmaktadır[24].

### **Beyaz / Eve G nder**

Yaralanma hafif düzeyde olup küçük müdahale yeterlidir. Hekimin bakımına ihtiyaı olmayıp ev bakımı yeterlidir.

### **Yeşil / Beklet**

Hasta birkaç saat bekletilebilir. Acil müdahale edilmezse sıkıntı olmayacak hasta grubudur. (yumuşak doku yaralanmaları, basit kırıklar)

### **Sarı / Müşahede Et**

Hastane müdahalesine ihtiyacı olan hasta grubudur. Acil serviste normalde önceliği olan ancak büyük olaylarda durumu stabil ise sık değerlendirmelerle müşahede altında tutulabilen hastalardır.

### **Kırmızı / Acil Müdahalede Bulun**

Acil müdahale yapılması gereken hasta grubudur. Hayat kurtarıcı tıbbi girişimlere gereksinim duyar. Bekletilemeyen ileri yaşam desteğine muhtaç yaralıları ifade eder.

### **Siyah / Ayr**

Ağır yaralı olup eldeki imkânlarla hayata döndürülemeyecek hasta grubudur. Hastalığı (derin yaralar, geniş yanıklar, ağır travma, septik şok vb) tıbbi tedaviye yanıt vermesi zor olup mümkünse ağrısı giderilmeye çalışılan hastalardır[24].

#### **3.5.7. Afet Tıbbı'nda Acil Durum Yönetimi**

İlk başta kaynak ve risk analiziyle incinebilir birey ve toplumu belirleyip tehlikeyi kovuşturmak lazımdır. Olay sonrasında ise olay yerinin tespiti ve güvenliği sağlanmalıdır. Acil durumu yönetmek için bilgiyi iyi analiz etmeli ve gerekli koordinasyon ortaya konmalıdır[13].

### **3.6. Sağlıkta Afet Yönetimi İle İlgili Mevzuat**

#### **3.6.1. Anayasa**

- Madde 119: Doğal afetler dolayısıyla olağanüstü hal ilanı hakkında
- Madde 121: Olağanüstü hallerle ilgili düzenleme yapma hakkında
- Madde 122: Sıkıyönetim, seferberlik ve savaş hali hakkında

#### **3.6.2. Kanun**

- “6306 Sayılı Afet Riski Altındaki Alanların Dönüştürülmesi Hakkında Kanun K.T: 31.05.2012



- 29.05.2009 tarihli ve 5902 sayılı Afet Ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun
- 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu Resmi Gazete Tarihi: 09.12.2004
- 4133 sayılı 23.7.1995 Tarih ve 4123 Sayılı Kanun ile “15.5.1959 Tarih ve 7269 Sayılı Kanunun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi ve Bu Kanunlara Ek Maddeler Eklenmesine Dair Kanun”.
- 3838 Sayılı “Erzincan, Gümüşhane ve Tunceli İllerinde Vuku Bulan Deprem Aleti ile Sımak ve Çukurca'da Meydana Gelen Hasar ve Tahribata ilişkin Hizmetlerin Yürütülmesi Hakkında Kanun”.
- 4123 Sayılı “Tabii Afet Nedeniyle Meydana Gelen Hasar ve Tahribata ilişkin Hizmetlerin Yürütülmesine Dair Kanun”.
- 2941 Sayılı “Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu”. K.T.: 4.11.1983.
- 2935 Sayılı "Olağanüstü Hal Kanunu". Kabul Tarihi: 25.10.1983.
- 1480 Sayılı Afet Bölgelerinde Çalıştırılacak Personele Yapılacak Ödemeler Hakkında Kanun 18.09.1971
- 711 Sayılı “Nöbetçi Memurluğu Kurulmasına ve Olağanüstü Hal Tatbikatlarında Mesainin 24 Saat Devamını Sağlayan Kanun”. K.T.:16.1.1966.
- 7269 Sayılı 'Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun”. Kabul Tarihi: 15.05.1959.
- 7126 Sayılı 'Sivil Müdafaa Kanunu'. Kabul Tarihi (K.T.): 09.06-1958
- 4373 Sayılı "Taşkın Sular ve Baskınlara Karşı Koruma Kanunu”1. K.T.; 14.1.1943.
- Kanun Hükmünde Kararname
- 663 sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname K.T:02.11.2011
- 582 sayılı Afetten Doğan Zararların Giderilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararname K.T: 22.11.1999

### **3.6.3. Tüzük**

- 200914633 sayılı Türkiye Kızılay Derneği Tüzüğü K.T: 19.02.2009
- 90500 sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Tüzüğü K.T: 16.07.1990
- 859727 sayılı Radyasyon Güvenliği Tüzüğü K.T: 07.09.1985
- 75578 sayılı Uluslararası Sağlık Tüzüğü K.T: 25.04.1973

### **3.6.4. Yönetmelik, Yönerge, Genelge**

- “5 Şubat 2015 tarihli Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği
- 20135703 Afet Ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği K.T: 18.12.2013
- 20111377 Afet Ve Acil Durum Yönetim Merkezleri Yönetmeliği K.T: 19.02.2011
- T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün Teşkilat Ve Görevlerine Dair Yönerge 2012 Makam Oluru
- Resmi Gazete (RG) 11.05.2000 tarihli ve 24046 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
- RG 24.03.2004 tarihli ve 25412 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- RG 15.03.2007 tarihli ve 26463 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- RG 17.10.2008 tarihli ve 27027 sayılı Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği’nde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik
- RG 22.05.2002 tarihli ve 24762 sayılı İlk yardım Yönetmeliği
- RG 17.10.2008 tarihli ve 27027 sayılı İlk yardım Yönetmeliği’nde değişiklik yapılmasına dair Yönetmelik
- RG 24.01.2005 tarihli ve 872 sayılı İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi
- RG 18.09.2008 tarihli ve 28687 sayılı TSHGM’nin Ambulans Hava Aracı İşletmesine dair esaslar konulu yazısı.
- RG 20.10.2006 tarihli ve 19933 sayılı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün Acil Hasta Sevkleri konulu Genelgesi (2006/110)”

- “RG 16.12.2005 tarihli ve 23481 sayılı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün Nöbet ve Acil Sağlık Hizmetleri Genelgesi (2005/180)
- RG 26.06.2008 tarihli ve 26918 sayılı Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu konulu Başbakanlık Genelgesi (2008/13)
- RG 16.10.2009 tarihli ve 27378 sayılı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları hakkında Tebliği
- 28.01.2002 tarihli ve 2002/3654 sayılı Kararname’nin eki karara 26.05.2004 tarihli ve 2004/7379 sayılı Sevk Evrak Bakanlık kararı
- 2000 tarihli ve 583 sayılı Kanun Hükmünde Kararname
- 2004 tarihli 48 sayılı Sağlık Bakanlığı ASOP Genelgesi ve Genelge kapsamında 19.03.2004 tarih ve 6373 sayılı Makam Oluru ve 30.12.2004 tarih ve 5442 sayılı Makam Oluru
- RG 10.08.2010 tarihli ve 2010/16 sayılı Acil Sağlık Hizmet Sunumu konulu Başbakanlık Genelgesi
- 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete ‘de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.
- 03.08.2011 tarihli Toplum Sağlığı Merkezi Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge
- İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planları (İLSAP) Uygulama Yönergesi 27.08.2013 tarihli Makam Oluru
- Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerinin Görevleri ve Çalışma Esaslarına Dair Yönerge 2012 Makam Oluru”
- RG 09.01.1997 tarihli ve 22872 sayıyla yayınlanan ve 96/8716 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe konulan Başbakanlık Kriz Yönetim Merkezi Yönetmeliği
- RG 03.02.1999 tarihli ve 99/40 sayılı emir ile yayınlanan İçişleri Bakanlığı Kriz Merkezi Yönergesi
- RG 08.07.1988 tarihli ve 19908 sayılı Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı Planlama Esaslarına dair Yönetmelik”

### **3.7. Afetlerde Sağlık Hizmetleri**

Afetlerde sağlık hizmetlerinin etkin bir halde yapılabilmesi adına yerinde ve gerekli hazırlık ve planlama süreçlerinin afetin öncesinde tamamlanması gerekmektedir. Afet sırasında ise müdahale için kurtarma ekiplerinin olay yerine en kısa zamanda ulaşması ve acil sağlık hizmetlerini sunması beklenir. Ayrıca hastane acil servisleri gelecek afetzedelere etkin tıbbi girişimlerde bulunabilmelidir. Böylesi büyük olaylarda ayrıca toplum sağlığı ve birey bakımı hizmetleri aksatılmamalı ve ruh sağlığı hizmetleri ile afet öncesi döneme dönüş süreci hızlandırılmalıdır[23]

Afetlerde sakatlanmaları, yaralanmaları ve ölümleri engelleyebilecek birinci, ikinci ve üçüncü korunma yöntemlerinin sağlıkta afet yönetiminde ivedilikle kullanılması gerekmektedir[1, 23].

#### **3.7.1. Afetlerde Birincil Korunma**

Birincil korunma daha çok afetin olumsuz etkilerini önlemeye yönelik ve neticelerinin kaldırılmasına yönelik çalışmalardır. İlk tıbbi müdahaleler yapılırken diğer taraftan da hayatta olanların hayatlarını sürdürebilmeleri için gerekli ihtiyaçların belirlenmesi, yardım dağıtımlarının yapılabilmesi ve bunların planlanması, oluşabilecek önemli bireysel ve toplumsal sağlık problemlerinin ortaya konulup önlemler alınması, risk gruplarını risk analizleri yaparak tespit edilebilmesi için hızlı ve etkin bir şekilde durumu belirlemek gerekmektedir[23].

Hastalık kişiyi fiziksel olarak etkilemeden önce bazı önlemler ve tedbirler alarak söz konusu hastalığın önüne geçilmesi faaliyetlerini kapsar. Bunlar arasında; çevre sağlığını kötü yönde etkileyebilecek etmenleri uzaklaştırmak, imha etmek, bu tür çevreyle alakalı ajanların insanların sağlığını olumsuz etkilemesini önlemek, aşılama hizmetlerini yapmak, yaygınlaştırmak, iyi ve dengeli beslenmeyi sağlamak, kazaların önüne geçilmesi adına tedbirler almak, bireysel sağlığa uygunluk kurallarına uymak, çocuk, yaşlı, engelli ya da incinebilir her hangi bir gruba karşı bakım, danışmanlık ve rehberlik etmek, tüm bunlar için eğitim faaliyetleri yürütmek gibi bir dizi faaliyet grupları vardır. Toplumu ayrıca sosyal, ekonomik ve kültürel yönden de kalkındırarak incinebilirliği ve zarar görme olasılığını azaltmakta bu faaliyetler arasındadır[25].

Afet sırasında acil sağlık hizmetlerinin verimli ve etkin bir şekilde yürütülebilmesi adına afetten önce yapılması beklenenler:

Bulunduğu lke afet planlarına uygun il düzeyinde afet planları hazırlanmalıdır. Buna göre vilayetin afet sorumluları, risk analizi sonucu ortaya çıkan risk faktörlerini ve diğer afet planı paydaşlarını da göz önüne alıp eldeki kapasiteye uygun ve uygulanabilir bir plan hazırlamalıdır. Bu planda özellikle afette görev alacak kişilerin ve birimlerin kurumlarıyla ilişkili olan görevleri net olarak belirlenip sorumlulukları ortaya konmalıdır.

Afet sırasında kullanılacak her türlü araç, gereç, malzeme ve donanımlar belirlenmeli, afet tiplerine göre standartlar konularak ayırmalı ve bölgeler ile vilayetler seviyesinde stoklanması yapılmalıdır. Ayrıca mütemadiyen bu stokların miat takibinin de yapılması sağlanmalıdır. Böylelikle mevcut kapasite güncel tutulur.

İl afet planlarında kurum ve birim bazındaki kriz yöneticisi veya sorumlusu belirlenmeli ve yine bu bilgiler güncelleştirilmelidir. Afet yönetiminde sağlık hizmetleri ile ilgili faaliyetlerin sağlık kriz yöneticisi tarafından yönetilmesi beklenmektedir.

Hastane yönetimlerinin bir afette acil sağlık hizmetlerini düzenli bir şekilde yürütebilmeleri bakımından hastane afet planlarını (HAP) hazırlamaları gerekmektedir. Afetin şiddeti, etki byklğu ve yaralı sayısına göre kamu hastaneleri veya özel hastanelerin hangilerinden ne kadar yararlanılacağı ve ayıracakları yatak kapasiteleri önceden belirlenmelidir.

Sağlık hizmeti verenlerle bunları koordine eden afet yöneticilerinin afet planlarını hazırlama, arama kurtarmada medikal hizmet, ilk yardım ve acil hizmetler, iletişim ve haberleşme, gerilim altında çalışma, triyaj, temel ve ileri yaşam desteği, travma ve resusitasyon, yaralıları taşıma teknikleri, yasal sorumluluklar üzerinde eğitimler alarak, konularında uzmanlaşmaları gerekmektedir. Bu bilgilenmeleri uygulamalı eğitimler ile desteklenmeli ve en az senede 2 defa biri masa başı, diğer saha tatbikatı olmak üzere tatbikat yaparak deneyimlerini artırmalıdır[23].

### **3.7.2. Afetlerde İkincil Korunma**

İkincil korunma ise afet sırasında ve afetten hemen sonra alınması gereken önlemleri içeren süreci tanımlamaktadır. Nitekim afet sırasındaki kurtarma ve acil

tıbbi müdahale hizmetleri ikincil korunma kapsamında ele alınmaktadır. İkincil korunma, aynı zamanda beslenme, barınma, ulaşım, tıbbi bakımı sürdürme, haberleşme, güvenlik, çevre sağlığı hizmetleri, afetin ikincil problemlerine karşı koruyucu sağlık hizmetleri ile bu hizmetin verileceği afetten etkilenen toplumun saptanması gibi bir dizi yapılması gereken hizmet gruplarını içermektedir[23].

### **İkincil Korunmada İstenilen Faaliyet Grupları:**

1. Afete hazır sağlık hizmeti
2. Erken bildirim ve Erken Ulaşma
3. Erken Müdahale
4. Triyaj
5. Etkin Komuta Kontrol Merkezi

Tüm bunlarla beraber işbirliği içinde çalışan ve tüm bunların devre dışı olduğu zamanda yani ağır bir yıkımda;

6. Etkin, yetkin, eğitilmiş Yerel Sağlık Çalışanları ve kapasitesi yüksek Yerel Sağlık Merkezleri gibi sağlıkta afet yönetiminde müdahale safhasında yapılması, bilinmesi veya hazır olması beklenen alt faaliyet gruplarıdır[23].

### **Bu Devrede Sunulması Beklenen Diğer Hizmetler:**

- “1. Geçici ve sağlıklı yerleşim yeri sağlanması
2. Su sağlığı
3. Gıda ve beslenme sağlığı
4. İnsani atıkların zararsızlaştırılması, uzaklaştırılması
5. Evsel atıkların zararsızlaştırılması, uzaklaştırılması
6. Kalabalık faktörüne bağlı insan sağlığı ve konut sağlığı
7. Vektör kontrolü ve diğer hayvanların denetimi
8. KBRN sızıntı veya kirliliklerin kontrolü (KBRN-kimyasal ajanlar, biyolojik kirlilikler, radyasyon veya nükleer sızıntılar)
9. Enkazların ve molozların uzaklaştırılması
10. Karantina ve aşı uygulaması” gibi ilk başta geçici de olsa bir dizi yapılması beklenen hizmet sunumları vardır[1].

### 3.7.3. Afetlerde Üçüncül Korunma

Acil müdahaleler yapıldıktan sonra yani afet olayının ani olumsuz etkileri belli bir seviyede kontrol altına alındıktan sonra artık iyileştirme dönemine geçilmelidir. Bu üçüncül koruma ile; acil müdahale önlemlerinin sürekliliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin desteklenmesi, kronik hasta olanların tedavilerinin ve bakımlarının devam ettirilmesi, güvenli ortamın sağlanması, sağlıklı su ve gıda temininin süreklileştirilmesi, her türlü atıkların izale edileceği sistemlerin kurulması, ulaşım, iletişim ve elektrik gibi önemli ihtiyaçların daha kalıcı barınma ve çözüm yöntemleriyle giderilmesi gibi birçok rehabilitasyon hizmetlerinin yapılması beklenmektedir[23].

Çoğu zaman afet sonrasında çevre sağlığı ile ilgili tehlikeler ve riskler unutulabilmektedir. Aynı şekilde afet sonrasında oluşabilecek psikiyatrik sorunların giderilmesi hizmetleri de unutulmamalıdır. Dolayısıyla her türlü stres bozukluğu, depresyon ya da yas sürecine bu üçüncül korumada önem verilmeli ve iyi bir ruhsal iyileştirme süreci de başlatılmalıdır[1].

Bu dönemde yapılması gereken faaliyetler:

- 1) Afet sonrası etkilerin komplikasyonlarını önleme/azaltma (çevre sağlığı ve insan sağlığı üzerindeki)
- 2) Tıbbi esenlendirme (bedensel veya ruhsal, akut veya kronik)
- 3) Sosyal esenlendirme (barınma, işe yerleşme vb) şeklinde ifade edilir[1].

Kısaca bu dönemde rehabilitasyon hizmetleri yapılır, sonrasında yeniden yapılanmaya geçilir ve nihai olarak normal duruma kalkınarak dönmesi beklenir.

Tüm bu sağlıkta afet yönetimi süreci bir plan dâhilinde olmalıdır. Her türlü kamu kurum ve kuruluşlarıyla ve sivil toplum örgütleriyle bu süreç işbirliği ve eş güdüm içinde yönetilmelidir. Tüm bunları yaparken her birimin afetlerde görev ve sorumlulukları net olarak belirlenmeli ve afetteki rolleri doğrultusunda çalışmaları beklenmelidir[23].

### 3.8. Türkiye’de Sağlıkta Afet Yönetimi Organizasyonu

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün 2001 yılında Yalova da düzenlediği kurs notlarının önsözünde;

*“Afetlerde yönetim; afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması amacıyla yapılması gereken tüm çalışmaların esaslarının ortaya konması, yönlendirilmesi, koordine edilmesi ve etkili bir biçimde uygulanabilmesi için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla, kaynaklarının yönetilmesini ve yönlendirilmesini gerektiren bir süreç” olarak tanımlanmaktadır[26].*

Ayrıca sağlıkta afet yönetiminde eğitimin önemi şu şekilde ifade edilmektedir:

*“Afetlerde özellikle sağlık hizmetlerinin yönetimi öncelikli konu olmakta ve bu konuda önceden eğitim almış personelin görev yapması hizmetlerin etkililiğini artırmaktadır[26].”*

Afetlerle mücadelede toplumun bilinçlendirilmesinin önemi de şu şekilde ifade edilmiştir:

*“Afetlerle baş edebilmek için; afet tanımından ve sınıflamasından başlayarak, afetleri epidemiyolojik olarak değerlendirmeye dek uzanan, yer seçiminden başlayarak, bina inşa ve kullanımına dek uzanan her alanda toplumun düşünsel yapısının değiştirilerek ya da yeniden yapılandırılarak, bilimsel bir temele oturtulması gerekmektedir. Bunun yolu ise, her anlamda ve bilinen tüm yöntemleri kullanarak, toplumun eğitilmesinden geçmektedir[27].”*

Afet sonrasında sağlıkta afet yönetiminin amacı ve olağan hizmet standartlarına ulaşma adına yapılması ve dikkat edilmesi gerekenler ise:

*“Sağlık hizmetlerinde, önemli olan, olabildiğince erken, rutin koruyucu sağlık hizmetlerine geçebilmektir. Sıklıkla yapıldığı gibi, alt yapının tekrar inşası beklenmemeli ve bir an önce düzenli ve sürekli sağlık hizmetlerine geçip, rutin hizmetlerin (aşılama, periyodik kontroller vb) afet öncesi düzeye ulaştırılması sağlanmalıdır. Bozulan çevre koşullarına ek olarak, toplumun uzun süre olağan sağlık hizmetlerinden yoksun kalması afet sonrası ikincil afetlerin devam etmesi ve sayılarının artmasına neden olur. Rutin izlemelerde, diğer dönemlerden farklı olarak, kişilerde travma sonrası stres bozukluğu sendromuna da dikkat edilmelidir[27].”* şeklinde özetlenmiştir.

Türkiye’de bu hizmetlerin sağlanabilmesi ve sağlıkta sürdürülebilir bir afet yönetimi için çeşitli yapılanmalar mevcut olup bunlar merkezi ve yerel düzeyde yapılanma şeklinde ayrılabilir.



### 3.8.1. Merkezi Yapılanma

#### **Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) ve Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP)**

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı kuruluş kanunu olan 5902 sayılı mevzuat afet yönetimini tek bir merkez idaresi altında toparlamayı hedeflemektedir.

*“Bu Kanun; afet ve acil durumlar ile sivil savunmaya ilişkin hizmetlerin ülke düzeyinde etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve olayların meydana gelmesinden önce hazırlık ve zarar azaltma, olay sırasında yapılacak müdahale ve olay sonrasında gerçekleştirilecek iyileştirme çalışmalarını yürüten kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanması ve bu konularda politikaların üretilmesi ve uygulanması hususlarını kapsar”[11].*

Başkanlık merkez ve taşra teşkilatından meydana gelir. Başkanlık merkez teşkilatı aşağıdaki hizmet birimlerinden oluşur:

- a) Planlama ve Zarar Azaltma Dairesi Başkanlığı.
- b) Müdahale Dairesi Başkanlığı.
- c) İyileştirme Dairesi Başkanlığı.
- ç) Sivil Savunma Dairesi Başkanlığı.
- d) Deprem Dairesi Başkanlığı.
- e) Yönetim Hizmetleri Dairesi Başkanlığı.
- f) Strateji Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- g) Bilgi Sistemleri ve Haberleşme Dairesi Başkanlığı.
- ğ) Hukuk Müşavirliği” [11].

AFAD 2013 Aralık ayında Türkiye için, tüm kurumların dâhil olup katkı sağladığı afet müdahale planını hazırlayarak yayınlamıştır.

Türkiye Afet Müdahale Planının (TAMP) amacı; *“afet ve acil durumlara ilişkin müdahale çalışmalarında görev alacak hizmet grupları ve koordinasyon birimlerine ait rolleri ve sorumlulukları tanımlamak, afet öncesi, sırası ve sonrasındaki müdahale planlamasının temel prensiplerini belirlemektir”[28].*

TAMP, Türkiye’de yaşanabilecek her tür ve ölçekte, afet ve acil durumlara müdahalede görev alacak, bakanlık, kurum ve kuruluşlar, özel kuruluşlar, Sivil Toplum Kuruluşları (STK) ve gerçek kişileri kapsayan müdahale planıdır[28].

**ULUSAL AFET MÜDAHALE ORGANİZASYONU**

AFET VE ACIL DURUM YÜKSEK KURULU (BAKANLAR)

**BAŞBAKANLIK/AFAD**  
**AFET VE ACIL DURUM YÖNETİM MERKEZİ**

AFET VE ACIL DURUM KOORDİNASYON KURULU  
DANIŞMA KURULLARI

BAKANLIKLAR AFET VE ACIL DURUM YÖNETİM MERKEZLERİ  
İL AFET VE ACIL DURUM YÖNETİM MERKEZLERİ  
BASIN MÜŞAVİRLİĞİ, HUKUK MÜŞAVİRLİĞİ  
İRTİBAT SORUMLUSU, GÜVENLİK SORUMLUSU

```

graph TD
    AFAD[BAŞBAKANLIK/AFAD  
AFET VE ACIL DURUM YÖNETİM MERKEZİ]
    AFAD --- OSM[OPERASYON SERVİSİ]
    AFAD --- LBS[LOJİSTİK VE BAKIM SERVİSİ]
    AFAD --- BPS[BİLGİ VE PLANLAMA SERVİSİ]
    AFAD --- FİS[FİNANS VE İDARİ İŞLER SERVİSİ]
    
    OSM --- AHDH[ACIL DURUM HİZMET GRUPLARI]
    OSM --- ÖYH[ÖN YİLEŞTİRME HİZMET GRUPLARI]
    
    AHDH --- H1[HABERLEŞME HİZMET GRUBU]
    AHDH --- U1[ULUSAL ALT YAPI HİZMET GRUBU]
    AHDH --- U2[ULUSTRİMA, DENİZCİLİK VE HABERLEŞME BAKANLIĞI]
    AHDH --- V1[YANGIN HİZMET GRUBU]
    AHDH --- G1[GÜVENLİK VE TRAFİK HİZMET GRUBU]
    AHDH --- İ1[İÇİŞLERİ BAKANLIĞI]
    AHDH --- A1[ARAMA VE KURTARILMA HİZMET GRUBU]
    AHDH --- AF1[AFAD]
    AHDH --- T1[TAHLİVE VE YERLEŞTİRME PLANLAMA HİZMET GRUBU]
    AHDH --- İ2[İÇİŞLERİ BAKANLIĞI]
    AHDH --- K1[KBRN HİZMET GRUBU]
    AHDH --- AF2[AFAD]
    
    ÖYH --- H2[HASAR TESPİT HİZMET GRUBU]
    ÖYH --- G2[ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI]
    ÖYH --- A2[ALT YAPI HİZMET GRUBU]
    ÖYH --- B1[BARINMA HİZMET GRUBU]
    ÖYH --- C1[CEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI]
    ÖYH --- AF3[AFAD]
    ÖYH --- B2[BESLENME HİZMET GRUBU]
    ÖYH --- K1[KIZILAY]
    ÖYH --- E1[ENKAZ KALDIRIMA HİZMET GRUBU]
    ÖYH --- C2[CEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI]
    
    LBS --- H3[HİZMET GRUPLARI LOJİSTİK HİZMET GRUBU]
    LBS --- AF4[AFAD]
    LBS --- K1[KAYNAK YÖNETİMİ HİZMET GRUBU]
    LBS --- AF5[AFAD]
    LBS --- A2[ANLI BAĞIS DEPO YÖNETİMİ VE DAĞITIM HİZMET GRUBU]
    LBS --- A3[AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI]
    
    BPS --- B1[BİLGİ YÖNETİMİ DEĞERLENDİRME VE İZLEME HİZMET GRUBU]
    BPS --- AF6[AFAD]
    BPS --- U1[ULUSLARARASI DESTEK VE İŞBİRLİK HİZMET GRUBU]
    BPS --- AF7[AFAD]
    
    FİS --- S1[SAYIN AMA VE KIRALAMA HİZMET GRUBU]
    FİS --- AF8[AFAD]
    FİS --- M1[MUHASERE, BÜTÇE VE MALİ RAPORLAMA HİZMET GRUBU]
    FİS --- AF9[AFAD]
    FİS --- U2[ULUSAL VE ULUSLARARASI NAKDİ BAĞIS HİZMET GRUBU]
    FİS --- AF10[AFAD]
    FİS --- Z1[ZARAR TESPİT HİZMET GRUBU]
    FİS --- M2[MALİYE BAKANLIĞI]
  
```

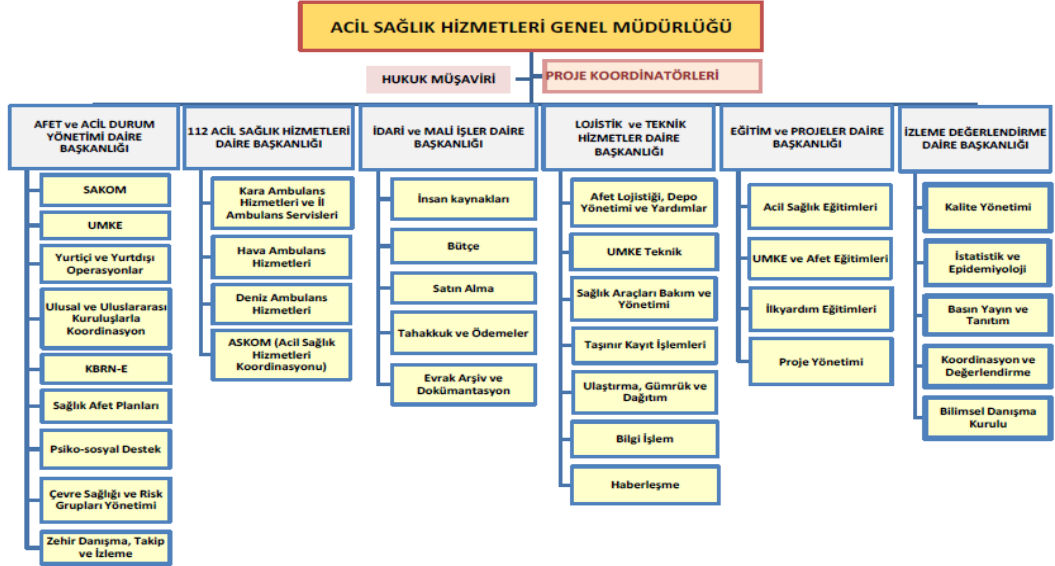
## Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Görevleri

- 32

- “Toplumun ilk yardım bilgi ve becerisinin geliştirilmesi amacıyla gerekli eğitim faaliyetlerini planlamak ve yürütmek.”
- “Görev ve sorumluluk alanı ile ilgili personelin yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde eğitim programı hazırlamak ve uygulamak, tatbikat organizasyonları yapmak, ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılmak.”
- “Afet ve acil durumlara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulacak haberleşme, ilaç, tıbbî ve teknik malzemelere yönelik planlama, tedarik, dağıtım ve depolama faaliyetlerini yürütmek.”
- “Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak”[29].

Ayrıca ilgili mevzuatta belirtildiği üzere Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 6 tane Daire Başkanlığı bulunmaktadır. Bunlar;

- 1-Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı,
- 2-112 Acil ve Sağlık İşleri Daire Başkanlığı,
- 3-İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı,
- 4-Lojistik ve Teknik Hizmetler Daire Başkanlığı,
- 5-Eğitim ve Projeler Daire Başkanlığı,
- 6-İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığıdır”[29] (Şekil 3.3).



Şekil 3.3. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Yapısı [29]

### **Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığının Görevleri:**

- “Afet, olağandışı ve acil durumlarla ilgili gerekli planları yapmak, organizasyonu sağlamak, ihtiyaçları tespit ederek ilgili birimlere temin ettirmek,
- Kriz yönetim merkezi sekretaryasını yürütmek, olağan ve olağandışı durumlarda faaliyetinin 24 saat esasına göre sürdürülmesini sağlamak,
- Afet, olağandışı ve acil durumlarda tüm haber kaynakları ile il komuta merkezlerinden 24 saat sürekli olarak bilgi almak, değerlendirmek ve gerekli durumlarda yöneticilere her türlü iletişim araçları ile bilgi vermek,
- Afet ve Kriz Yönetimi alanında uluslararası ve ulusal kuruluşlarla işbirliğini geliştirmek, afet durumlarında ortak çalışmalar yürütülmesini sağlamak,
- Afet, olağandışı ve acil durumlarda yapılması gereken sağlık hizmetlerini planlamak ve uygulanmasını sağlamak,
- Toplu iskan, göç ve mülteci kabulü gibi durumlarda gerekli sağlık hizmetlerini ilgili daireler ile diğer resmi ve özel kurumlarla işbirliği içerisinde planlamak, faaliyet ilkelerini tespit etmek ve uygulamak,
- Afetlere yönelik hizmet standartlarını ve çalışma esaslarını belirlemek, afetlerde sağlık hizmetleri için gerekli personel planlamasını yapmak,”
- “Hizmeti uluslararası hizmet ve kalite standartlarına uygun şekilde geliştirmek, afet alanında uluslararası ve ulusal kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- Konu ile ilgili mevzuatı araştırmak, geliştirmek ve düzenlemek,
- Afet dönemi sonrası normal duruma geçilmesine kadar ihtiyaç duyulan her türlü sağlık hizmetinin sunulması ile ilgili tedbirleri almak, işbirliği ve koordinasyonu sağlamak,
- Ulusal medikal kurtarma ekiplerini oluşturmak, ekiplerin medikal müdahale ve donanım standartları ile ihtiyaçlarını belirlemek, temin edilmesini sağlamak ve denetlemek,
- Medikal ekiplerin yurt içi ve yurt dışında meydana gelebilecek acil ve afet durumlarına aktif katılımlarını sağlamak,
- Ulusal medikal kurtarma ekiplerinin eğitim ihtiyaçlarını tespit ederek gerekli eğitimlere ve tatbikatlara katılmalarını sağlamak.

- Ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği içinde sağlık ve insanî yardım faaliyetlerine katılmak ve sağlıkla ilgili sivil toplum kuruluşlarının koordinasyonunu sağlamak,
- Ulusal medikal kurtarma ekiplerine afet öncesinde, afet esnasında ve afet sonrasında sunulacak psiko-sosyal destek hizmetlerini planlamak ve yaptırmak,
- Sağlık afet planlarının hazırlanmasını ve denetlenmesini sağlamak,
- Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer ve Endüstriyel (KBRN-E) maddeler ile ilgili meydana gelebilecek her türlü kaza, saldırı veya sabotaj durumlarında sunulacak sağlık hizmetleri ile ilgili planları yapmak, organize etmek, uygulamak,
- KBRN-E maddeler ile ilgili sağlık müdahale ekipleri oluşturmak, personel, araç, gereç ve hizmet standartlarını ve çalışma esaslarını belirlemek,
- KBRN-E maddeler ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını tespit etmek, planlamak, tatbikatlar yapmak veya yaptırmak; ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılımı sağlamak,
- Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM) ile ilgili iş ve işlemlerin koordinasyonunu yapmak,”
- “Görev alanı ile ilgili olarak yöneticisi tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek”[29].

### **Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE)**

2003 yılı sonu, 2004 yılı başlarında afette sağlık organizasyonu projesi kapsamında dönemin genel müdürlükleri, çeşitli üniversitelerin, Kızılay, valilikler ve STK’ların işbirliği ile Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi (ASOP) kapsamında çalışma raporu hazırlanmıştır[30]. Bu raporun hedefleri arasında afetlerde ve acil durumlarda kullanılmak üzere bir medikal kurtarma örgütünün kurulması öngörülmüştür. Böylelikle UMKE ilk başta 11 ilde kamuda çalışan 579 gönüllü sağlık personeli ile kurulmuştur[31]. Sonrasında ise giderek büyüyen bir yapılanmaya gitmiş ve 2010 yılında yönergesi yayınlanmıştır[32].

Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerinin Görevleri ve Çalışma Esaslarına Dair Yönerge’ de belirtildiği üzere görevleri:

“a) Afet veya olağandışı durumlarda aldıkları özel eğitim ve donanımla, kazazedelere olay yerinde, en kısa sürede imkân ve kabiliyetlerini kullanarak uygun yöntemlerle medikal müdahale etmek ve kurtarmak,

b) Kurtarılan kazazedeleri, en kısa sürede ileri acil tedavi ünitelerine nakillerini sağlamak üzere ambulanslara, uygun nakil araçlarına ve görevlilerine teslim etmek,

c) Afetler ve olağan dışı durumlarda diğer sağlık ekiplerinin sunduğu tıbbi yardımların yeterli olmadığı durumlarda ve alanlarda, ekibin kendi donanım, personel ve eğitim imkânları dâhilinde ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine destek vermek,

ç) Olay yerinde sağlık hizmetlerinin yönetimini yapmak, triyaj, tıbbi müdahale, nakil hazırlıkları, haberleşme ve kayıt yapmak,

d) Afet birimi ve diğer yerler ile gerekli iletişimi ve bilgi akışını sağlamak,

e) Faaliyetleri kapsamında ilgili kurum, kuruluş ve kişilerle işbirliği yapmak,”

“f) Gerekli hâllerde, yurtdışında meydana gelen afet ve olağan dışı durumlarda sağlık hizmetlerinde görev almak”[32].

### **Sağlık Afet Yönetimi ve Kriz Operasyon Merkezi (SAKOM)**

Sağlık Afet Yönetimi ve Kriz Operasyon Merkezi (SAKOM): “Bakanlık bünyesinde kurulmuş olan ve sağlıkla ilgili afet ve olağandışı durumlarda, iller ve diğer kurumlar ile irtibat, koordinasyon, planlama ve yönetimi sağlayan merkezin ve birimin adı”dır[32]. Bu yapılanmayla ilgili özellikler aşağıda verilmiştir.

- “Bakanlık merkezde ve müdürlüklerde kurulur.
- İllerde yaşanacak acil ve olağandışı olaylar ile ilgili her türlü bilgiler anında Ek-7’deki olağandışı durum formu ile Bakanlık SAKOM’a gönderilir.
- Acil ve olağandışı olaylarda, Bakanlık SAKOM, olayın olduğu yere, gerektiğinde diğer illerden destek sağlık ekipleri gönderir ve koordinasyonu sağlar.
- İl SAKOM’un açılması ve sekreteryaya faaliyetlerinin sürdürülmesi için gerekli çalışmalar afet birimi tarafından yapılır.
- Afet ve olağandışı durumlar ile ilgili her türlü olayın yönetimi illerde afet birimi koordinasyonunda, il SAKOM’dan yapılır.

- İl SAKOM, afet ve olağandışı durumlarda valilik kriz merkezi, Bakanlık SAKOM ve diğer ilgili kurum kuruluşlar ile işbirliği ve iletişimi sağlar.
- İl SAKOM'da acil ve olağandışı durumlarda haberleşmeyi sağlayacak gerekli telli/telsiz ve diğer sistemler Genel Müdürlüğün koordinasyonu ile müdürlükçe temin edilir"[32].

### **3.8.2. Yerel Düzeyde Yapılanma**

#### **İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü**

(1) “İllerde bütünleşik afet ve acil durum yönetiminin tüm unsurlarını içerecek şekilde, Başkanlığın taşra teşkilatı olarak valiye bağlı il afet ve acil durum müdürlükleri kurulmuştur. Müdürlüğün sevk ve idaresinden, ildeki afet ve acil durum faaliyetlerinin yönetiminden birincil derecede vali sorumludur.

(2) İl afet ve acil durum müdürlüklerinin görevleri şunlardır:

a) İlin afet ve acil durum tehlike ve risklerini belirlemek, afet ve acil durum hazırlıklarını yapmak

b) Afet ve acil durum risk azaltma, müdahale ve iyileştirme il planlarını, mahallî idareler ile kamu kurum ve kuruluşlarıyla iş birliği ve koordinasyon içinde yapmak, uygulamak ve uygulatmak

c) İl afet ve acil durum yönetim merkezini yönetmek, kesintisiz ve güvenli haberleşmeyi sağlamak

ç) Afet ve acil durumlarda meydana gelen kayıp ve hasarı tespit etmek veya ettirmek

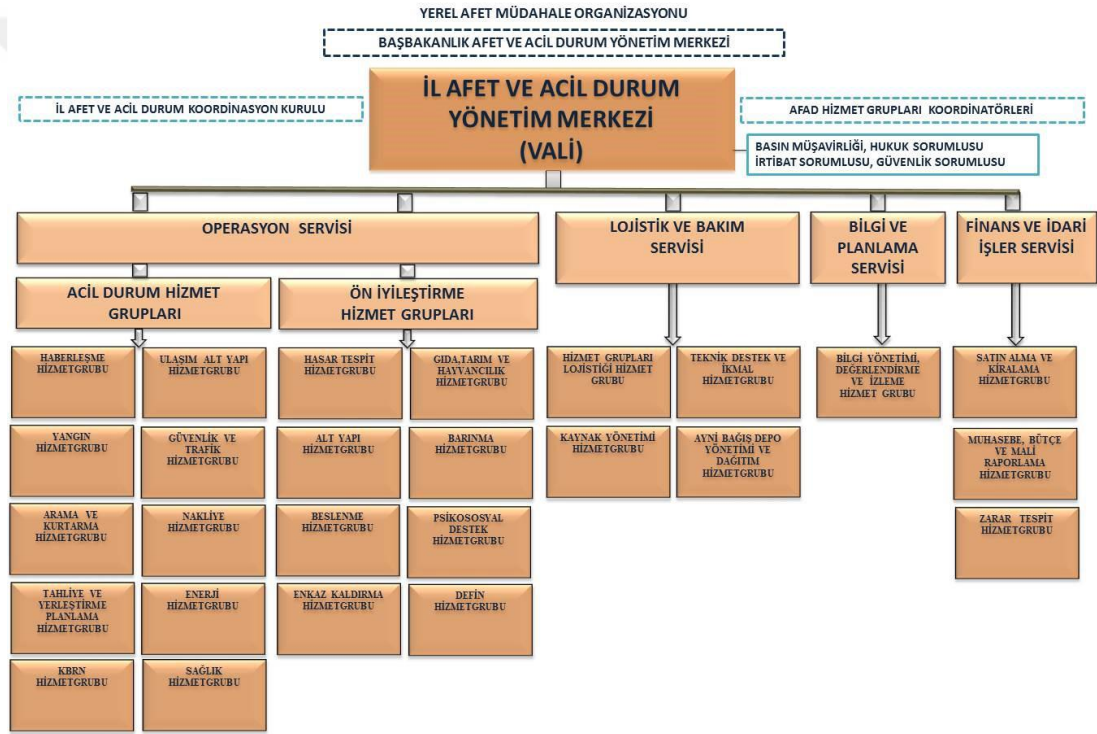
d) Afet ve acil durumlara ilişkin eğitim faaliyetlerini yapmak veya yaptırmak

e) Sivil toplum kuruluşları ile gönüllü kişilerin afet ve acil durum yönetimi ile ilgili akreditasyonunu yapmak ve belgelendirmek

f) Afet ve acil durumlarda, gerekli arama ve kurtarma malzemeleri ile halkın barınma, beslenme ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında kullanılacak gıda, araç, gereç ve malzemeler için depolar kurmak ve yönetmek

g) İlgili mevzuatta yer alan seferberlik ve savaş hazırlıkları ile sivil savunma hizmetlerine ilişkin görevleri ilde yerine getirmek”

- ğ) “Başkanlığın belirlediği esas ve usuller çerçevesinde risk azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme çalışmalarını diğer kurum ve kuruluşlarla birlikte yapmak
- h) İl afet ve acil durum koordinasyon kurulu sekretaryasını yapmak
- ı) Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer maddeler ile benzeri diğer teknolojik maddelerin tespiti, teşhisi ve arındırılması ile ilgili hizmetleri yürütmek, ilgili kurum ve kuruluşlar arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlamak
- i) Başkanlıkça belirlenen yıllık çalışma programlarını uygulamak, yıllık faaliyet raporları hazırlayarak Başkanlığın onayına sunmak
- j) Yıllık bütçe teklifini hazırlamak
- k) Başkanlığın ve valinin vereceği diğer görevleri yapmak”[11] (Şekil 3.4).



Şekil 3.4. İl Afet ve Acil Durum Organizasyon Şeması[28]

### İl Sağlık Müdürlüğü ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü

“İllerde il afet planı, ildeki önemli kuruluşların koordineli ve bir arada çalışmasını sağlamak için oluşturulmuştur.”



Sağlık Müdürlüğü bu plan içinde “İlk yardım ve Sağlık Hizmetleri Grubu” içinde yer alır.

“Görevleri arasında afet durumunda sağlığın korunmasına ilişkin tüm güç ve kaynaklarının planlanması ve sağlık hizmetinin afet bölgesine ve afetzedelere etkili ve hızlı bir biçimde ulaştırılması, UMKE ekiplerinin bölgeye sevki, sabit ve seyyar yatak kapasitelerini artırıcı önlemlerin alınması, çevre sağlığı bakımından gerekli tedbirlerin alınması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması, aşı, ilaç ve tıbbi malzemelerin kesintisiz temini, ölümlerin kimliklerinin tespiti ve kayıtlarının tutulması gibi işlemler vardır[1]. (Şekil 3.5)”



Şekil 3.5. İl Sağlık Müdürlüğü’nün Kriz Anındaki Görev Başlıkları [1]

Hizmet servisleri 4 ana grupta toplanmıştır. Bunlar;

**“İlk yardım ve Ambulans servisi”**

**“Hastaneler servisi”**

**“Temel Sağlık Hizmetleri servisi”:**

“Toplum sağlığı merkezleri bölgelerinde çevre sağlığı açısından alternatif su kaynağı teminini, aş evleri kurulmasını, atıkların toplanması ve bertaraf edilmesini, halk sağlığı laboratuvarı hizmetlerini, ihtiyaç halinde aile hekimleri birimleri ile işbirliği yaparak tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesini, bulaşıcı hastalıklarla mücadele hizmetleri açısından sorumlu olduğu nüfusun bilgilendirilmesini, kişisel tedbirlerin alınmasını, aşı, ilaç ve tıbbi malzeme temini ve stoklamasını yapar.”

**“Ölüleri tespit ve gömme servisi”[1]**

### **Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü**

Her il sağlık müdürlüklerinde sağlıkta afet yönetimi konusunda önemli bir yere sahiptir. Bu şube müdürlüklerinin görevleri on esasa göre şekillendirilmiştir. Bunlar;

- “1. Afetlerde sunulacak sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek.
2. Hastanelerin afet planlarını hazırlamasına yönelik eğitim ve koordinasyonu sağlamak ve hastane afet planlarının uygulanmasını denetlemek
3. Meydana gelen afetlerde; tıbbi kurtarma ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ilgili tüm taraflarla işbirliği ve koordinasyon içinde bulunmak,
4. Afetlerde ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği içinde sağlık ve insani yardım faaliyetlerine katılmak,
5. Afetlerde sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulacak haberleşme, ilaç, tıbbi ve teknik malzemelere yönelik planlama, tedarik, dağıtım ve depolama faaliyetlerini yürütmek,
6. Tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak,
7. Görev ve sorumluluk alanı ile ilgili personelin yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde eğitim programı hazırlamak ve uygulamak,
8. Bakanlığın izni ile tatbikat organizasyonları yapmak, ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılmak,
9. Görev alanına giren konularda gereken denetlemeleri yapmak,
10. İl Müdürü tarafından verilen benzeri görevleri yapmak olarak ifade edilmiştir”[33].

### **Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)**

*“Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu Toplum Sağlığı Merkezi” (TSM) olarak tanımlanmıştır[8].*

İlgili mevzuatın madde 8’inde TSM’nin görev ve yetkileri belirlenmiş olup aşağıdaki hizmetleri sunması gerektiği ifade edilmiştir:

- a) İdari ve mali işler,
- b) Kayıt ve istatistik,
- c) Plan ve program yapma,
- ç) Diğer kurumlarla işbirliği,
- d) İzleme ve değerlendirme çalışmaları,
- e) Bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü,
- f) Tüberküloz kontrolü,
- g) Zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü,
- ğ) Erken uyarı ve cevap sistemi çalışmaları,
- h) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü,
- ı) Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri,
- i) Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri,
- j) Kanseri erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri,
- k) Ruh sağlığı programlarına dair hizmetler,
- l) Ulusal programlar ile ilgili hizmetler,
- m) Adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri,
- n) Acil sağlık hizmetleri,
- o) Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri,
- ö) Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri,
- p) Çevre sağlığı hizmetleri,
- r) Çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetler,
- s) Olağan dışı durumlar ve afet sağlığı hizmetleri,
- ş) Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri,
- t) Evde sağlık hizmetleri,
- u) Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,
- ü) Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki çalışmaları,
- v) Sosyal hizmet çalışmaları,
- y) Hizmet içi eğitimler,
- z) Diğer görevler”[34].

Tüm bu görevler ayrı ayrı madde olarak tekrardan ilgili mevzuatta işlenmiş ve aile hekimliği ile olan müşterek görevlerde tanımlanmıştır. Birçok görev başlığında TSM'ye planlama, koordinasyon ve değerlendirme görevleri düşmüş ve bu hizmetleri beraberce kaliteli birinci basamak sağlık hizmeti sunmayı hedeflediği aile hekimleri ile yapması planlanmıştır. Bunlardan olağan dışı durumlar ve afetlerde sağlık hizmetleri başlığı altındaki Madde 27 de:

*“TSM'nin olağan dışı durumlar ve afetlerde, bölgesinde, afet organizasyonu ile ilgili olarak afete hazırlık, afete müdahale ve afet sonrası yapılacak iş ve işlemleri, ilin il sağlık afet ve acil durum planı (İLSAP) doğrultusunda gerçekleştirmesi”nin öngörüldüğü ifade edilmiştir[34] (Şekil 3.6).*

### **Aile Sağlığı Merkezi (ASM)**

Aile Hekimliği Kanunda belirtildiği üzere; “kişilere koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sunan, aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği birimlerinin birlikteliğidir.”

Aile hekimi; “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.”

Aile sağlığı elemanı; “aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır.”

Yukarıda bahsedilen İLSAP kapsamında aile hekimlerine düşen görevler aşağıda ifade edilmiştir.

### **Aile Hekimliği Uygulama Birimi:**

- “Operasyon servisinde yer alır.
- İlde bulunan aile sağlığı merkezlerinin olay sonrası aksaksız çalışıp çalışmadığını kontrol eder.
- Var olan aksaklıkların giderilmesi için ilgili servisler ile çalışır.”

- “Aile sağlığı hekimlerinin gerektiğinde afetlerin akut durumunda mobil sağlık ekiplerinde veya hastanelerde görevlendirilmesini sağlar ve bunu koordine eder.

- Birinci basamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin afet anında da devam etmesini sağlar.

- Aile hekimlerinin kendi bölgelerindeki veya afet sonrası kendi sorumluluklarına verilen bölgelerdeki bakımı özellik arz eden ve sürekli takip edilmesi gereken hastaların takip ve tedavilerini yürütmelerini sağlar ve bu süreci kontrol eder”[35].

Aile Hekimliği uygulaması ile ilgili olarak çıkarılmış olan Kanun ve Yönetmelikler ile Resmi Gazete’de yayımlanma tarihleri şöyledir:

1. “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete ‘de,

2. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete ‘de,

3. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca alıştırılan Personele Yapılacak demeler ve Sözleşme şartları Hakkında Yönetmelik, 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete ‘de,

4. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete ‘de,

5. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca alıştırılan Personele Yapılacak demeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 30.12.2010 tarih ve 27801 sayılı Resmi Gazete ‘de,

6. Son olarak Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.” En son 27591 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 2010 tarihindeki yönetmeliği yürürlükten kaldıran bu yönetmeliğe göre:

#### **Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları**

“(1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.”

(2) “Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

(3) Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.”

ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.

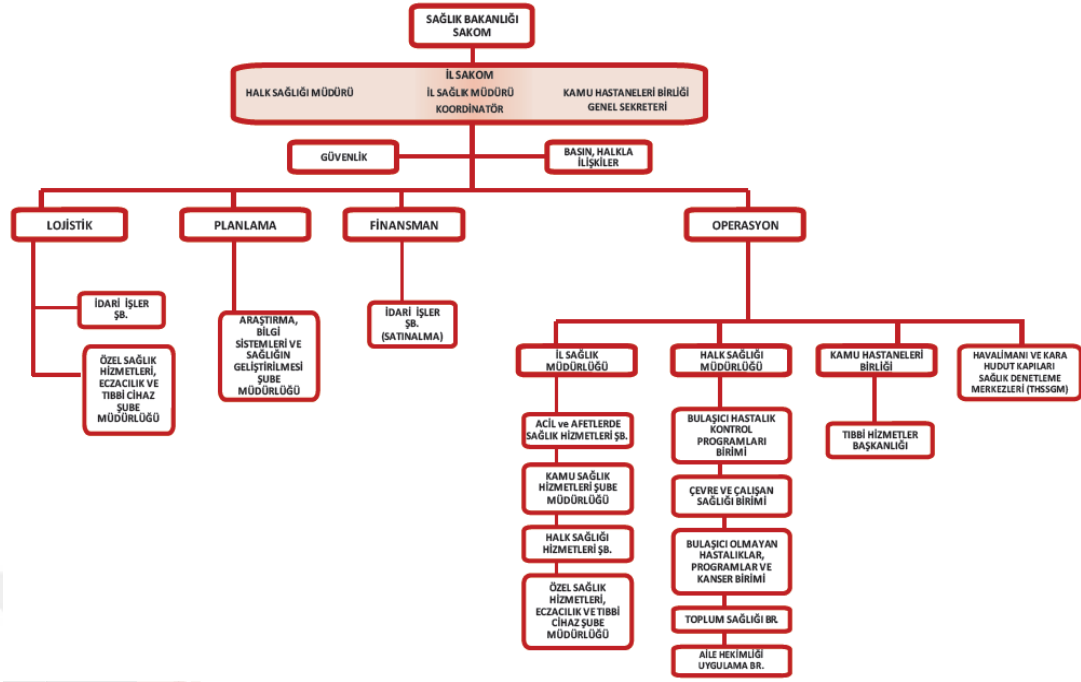
g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek”[36].



Şekil 3.6. İl Sağlık Afet Planı[35]

### 3.9. Aile Hekimliği Disiplini

#### 3.9.1. Kısa Tarihçesi

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation, WHO) tarafından 1978 senesinde sağlık hizmet sistemi temelinde kalite, maliyet etkinlik ve adaletli sağlık hizmet alımı için birinci basamak hekimliğinin merkezi bir konumda olması gerekliliği ifade edilmiştir. Bu ehemmiyetli konumun kendine özgü özellikleri ve farklı model yapılarını içermesi sebebiyle uzmanlaşmış hekimler tarafından yürütülmesi gerektiğine karar alınmıştır[37]. Aynı tarihli, WHO ve Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (World Organisation of Family Doctors, WONCA) imzalarının bulunduğu bildirmede, Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak ifade edilerek tanınmış ve her ülke ve coğrafyada Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi verilmesi kararına varılmıştır[4].

Türkiye'de ise 1983 senesinde aile hekimliği uzmanlık dalı, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yerini alarak 1985 senesinden bu yana aile hekimliği branşında uzmanlık eğitimi verilmeye başlanmıştır[38]. Eğitimlere önce 1985 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde başlanmıştır[38].

Üniversite Tıp Fakülteleri'nde ise ilk Anabilim Dalı 1984 senesinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuş olmasına rağmen ilk uzmanlık eğitimi ancak 1993 senesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde olmuştur[4, 38].

Pilot il olarak Düzce'de 2005 yılında Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmeye başlanmıştır. Tüm 81 ilde 2010 yılı itibariyle de uygulanır hale gelmiştir. Böylelikle 22000 civarında aile hekimi ve 1200 civarında Aile Hekimliği Uzmanı (AHU) ile bu hizmet devam etmektedir. Bu sayıyla ancak 3500 ile 4000 arasındaki nüfusa bir aile hekimi düşmektedir. Hedef olarak 2000 nüfusa bir aile hekimi, toplamda ise çoğunluğunu AHU'ların oluşturduğu 40000 aile hekimine ulaşmak belirlenmiştir. Şu anda da onlarca üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin aile hekimliği kliniğinde uzmanlık eğitimi verilmekte ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'nda kendi adında 3 tane daire başkanlığı ile temsil edilmektedir. Bunlar; "Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı", "Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı" ve "Aile Hekimliği Uygulama Daire Başkanlığı"dır". Ayrıca diğer iki daire başkanlıklarından "Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı" ve "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Planlama ve Organizasyon Daire Başkanlığı" ile de ASM'lerin işleyişi koordineli bir şekilde yapılmaktadır. Her ilde ayrıca İl Halk Sağlığı Müdürlüğü bünyesinde bu birimlerin Şube Müdürlükleri 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve 28539 sayılı "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği" ile bu işleyişi denetlemektedirler.

### 3.9.2. Disiplinin Tanımı

Dünya Aile Hekimleri Örgütü (World Organisation of Family Doctors; WONCA) Avrupa için hazırlanan aile hekimliği tanımına göre:

*"Aile Hekimliği kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır"*[3].

Aile Hekimliği'nin Avrupa Tanımından sonra aynı kaynaktan ifade edilen bu disiplinin özelliklerine bakılacak olursa:



### 3.9.3. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

*“a) Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.*

*b) Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.*

*c) Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.*

*d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle hekim ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.*

*e) Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.*

*f) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.*

*g) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.*

*h) Gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrılmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.*

*i) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.*

*j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.*

*k) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır” şeklinde ifade edildiği görülecektir[3].*

Bu özelliklerin kaynak aldığı çekirdek yeterlilikler ise;

*“Birinci basamak yönetimi*

*Kişi merkezli bakım*

*Özgül sorun çözme becerileri*

*Kapsamlı yaklaşım*

*Toplum yönelimli olma*

*Bütüncül yaklaşım” olarak tanımlanmaktadır[3].*

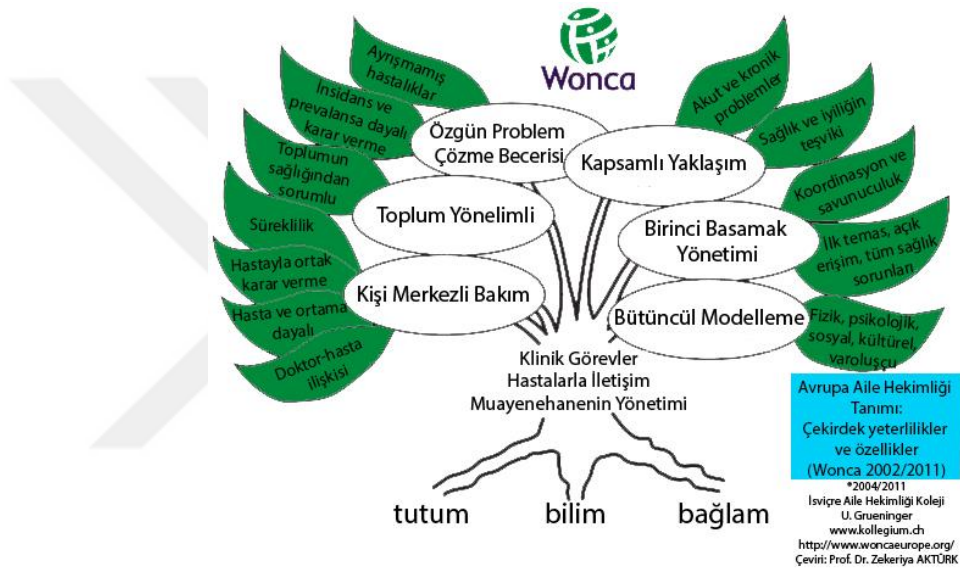
Ayrıca çekirdek yeterliliklerin uygulanmasında esas alınan 3 ana temel özellik de mevcuttur. Bunlar da;

**“Bağlamsal:** Hekimlerin içinde bulundukları ortamın (çalışma koşulları, yaşadığı toplum ve bu toplumun kültürü, mali ve düzenleyici çerçeveler) anlaşılması.

**Tutumsal:** Hekimin mesleki yeteneklerine, değer yargılarına ve mesleki etiğe dayalı tutumlar.

**Bilimsel:** Tıbbi uygulamaya eleştirel bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ile bunu sürdürme.” temel özellikler olarak ortaya çıkmaktadır[3].

Tüm bunlar en son 2011 yılındaki son revizyonuyla beraber WONCA Ağacı ile ifade edilen şekilde özetlenmiştir.



Şekil 3.7. Aile Hekimliği WONCA Ağacı

#### 3.9.4. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı (AHUÇEP)

Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK) mezuniyet sonrası eğitim öğretim ile ilgili değerlendirme, geliştirme ve uygulama safhaları üzerinden çalışarak Aile Hekimliği Uzmanlık (AHU) Eğitimi Müfredatını yenilemiştir.

Bu hazırlanan yeni müfredat; Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği’nden, Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Aile Hekimliği Müfredatı çalışmalarından ve Türk Tabipler Birliği Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu’nun uzmanlık eğitiminde ulusal standartlar uyum programından yararlanılarak oluşturulmuştur.

Ayrıca, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulları'nın ("Royal College of General Practitioners", "American Academy of Family Physicians") oluşturmuş oldukları müfredatlar da irdelenmiştir.

AHUÇEP, bir Aile Hekimliği Uzmanının sahip olması gereken yeterlilik alanlarını ifade eden kapsamlı bir tıbbi eğitim içeriğidir. AHU eğitimi veren kliniklere eğitim yöntemleri, içerik yapısı ve ölçme değerlendirme modellerini sunmaktır[4]. Bu çerçevede programa göre;

## **Aile Hekimliği Uzmanının Görevleri**

### **I- Klinisyen Aile Hekimi**

#### **a. Bireyin Sağlık Yönetimi (Koruyucu/Tedavi Edici Hekimlik)**

- *"Sağlığın geliştirilmesi ve korunması*
- *Sağlıklı bireyin izlenmesi*
- *Riskli bireylerin belirli aralıklarla taranması*
- *Hasta yönetimi*
- *Toplumun sağlık eğitimi"*

#### **b. Hastalık Yönetimi**

- *"Kişilerin risk etmenlerine göre değerlendirilmesi, riskli bireylerin saptanması*
- *Kanıt dayalı birinci basamak rehberlerinin kullanımı*
- *Riskli bireylere danışmanlık verilmesi (risk yönetimi ve birincil koruma)*
- *Hasta kişilerin belirlenmesi, tanı aşaması*
- *Tedavi uygulanması*
- *Hastalığın komplikasyonlarının önlenmesi (ikincil korunma)*
- *Rehabilitasyon (üçüncül koruma)"*

### **II- Araştırmacı Aile Hekimi**

- *"Epidemiyolojinin temel kavram, ilke ve yöntemlerinin benimsenmesi*

- *Tüm uygulamalarında ve planlamalarında kanıta dayalı tıp yaklaşımını benimsenmesi*

- *Araştırma planlanması ve yürütülmesi*
- *Eleştirel makale okuma becerisinin kazanılması*
- *Bilimsel makale yazma becerisinin kazanılması*
- *Bildiri ve poster hazırlama becerisinin kazanılması”*

### **III- Eğitici Aile Hekimi**

- *“Farklı eğitim yöntemlerini bilerek ve kullanarak bireye ve topluma yönelik sağlık eğitimi verilmesi*

- *Danışmanlık becerisinin edinilmesi*
- *Alan/saha eğitici olarak tutum geliştirilmesi*
- *Birinci basamak çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitim planlanması*
- *Danışman ve kolaylaştırıcı olarak, etkili hasta hekim iletişiminin sağlanması”*

### **IV- Yönetici Aile Hekimi**

- *“ Hasta kayıtları ve raporlarının oluşturulması*
- *Mesleki hak, görev ve sorumlulukların bilinmesi ve yerine getirilmesi*
- *Personel yönetimi*
- *Kaynakların etkin yönetimi*
- *Kriz ve afet yönetimi” şeklinde ifade edilerek görev tanımları genel yapısıyla gösterilmiştir[4].*

Burada da görüleceği üzere “Kriz ve Afet Yönetimi” Aile Hekimliği’nin vazgeçilmez bir görev tanımı olup bu konuya gereken bilgi ve yetenekle Aile Hekim’inin donanması istenmektedir. Nitekim yukarıdaki afet yönetimi ile alakalı yönetim sürecinin konularına dikkatli bakıldığında hemen hemen tüm aile hekimliği disiplinin özellikleriyle ve görev tanımlarıyla örtüştüğü görülecektir.

### 3.10. Aile Hekimliğinde Afet Yönetimi

Her yıl milyonlarca kişi afetlerden etkilenmektedir. Temel sağlık hizmetleri ise bu tür afetlerde önemli bir rol üstlenmektedir[39]. Afetler birkaç şekil ve şiddette ortaya çıkmaktadır. Aile hekimleri ise böylesi bir afette ön sırada bu afeti karşılamaktadır. Çünkü toplumunun etkilendiği afette gerek olayın saptanması aşamasındaki yardımı, gerek müdahaleye destek olması ile gerekse de sevk ve idaresindeki katılımları ile kendilerini ön saflarda bulmaktadırlar[5]. Ayrıca hem afete müdahale aşamasında olsun hem de afet öncesi hazırlık ve afet sonrası iyileştirme dönemlerinde olsun aile hekiminin afet yönetimindeki önemi büyüktür[40].

#### 3.10.1. Afet Öncesi Dönemde

Bireylerin olası bir afetten biyopsikososyal olarak olumsuz yöndeki etkilenimlerini azaltabilmek adına önceden bireysel ve çevresel risk faktörlerini belirlemek gerekir[39]. Bu da ancak kapsamlı bir risk yönetimi yaklaşımıyla olabilmektedir. Aile hekimliği disiplininin 12 temel özelliğinden biri olan “*boylamsal (longitudinal) bakım*” gereği olarak aile hekimi kişinin doğumundan ölümüne kadar olan tüm sağlık sorunlarıyla ve sağlıklarının gelişimi ile ilgilenmektedir. Dolayısıyla aile hekimi kendi toplumunda kimin daha fazla kırılgan, incinebilir ya da ruhsal rahatsızlığa yatkın olduğunu belirleyebilir ve risk analizi yaparak kişi merkezli bir yaklaşım sergileyebilir. Böylelikle bir afet sonrasındaki yaralanma, yakınlarını kaybetme, ölü ve yaralılarla içi içe olma, ölüm korkusuna kapılma, barınma sorunu yaşama veya maddi zarara uğrama vb. afetlerle ilişkili biyopsikososyal streslerle karşılaşabilen afetzedeye önceki ruhsal ve fiziksel gelişimini ve problemlerini iyi bilebilen aile hekimi daha iyi bir yaklaşım gösterebilecektir[39].

Bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda her afet türüne uygun bir hareket planını aile hekimleri oluşturmalıdır. Aile hekimleri kendilerini belki de daha önce hiç karşılaşmadıkları böylesi ciddi durumlar için hazırlamalıdır. Ruhsal ve fiziksel tehlikeler açısından eğitim almalı, ulusal ve yerel düzeydeki afet yönetimi organizasyonlarıyla afet öncesinden irtibatlı olmalıdır. Mesela kendi aile sağlığı merkezinin yeterli miktarda ilaç ve sarf malzemesine sahip olduğundan emin olmalı;

diğer taraftan aile hekimi hem kendisi hem de ailesinin güvenliğini düşünmeli ve kendi afet planını ve hazırlığını da bir birey olarak yapmalıdır[39]. Böylelikle uygun bir rol modellik gösterebilmelisi de beklenmektedir.

### **Birinci Basamakta Afet Planı Yapılmasının Nedeni**

Birinci basamakta afet planının oluşturulmasının amacı; her hangi bir afet olayında zamanında, entegre ve koordineli bir yanıtın verilmesinin gerekliliğidir. Zaten bu durumda normal sağlık hizmetleri bozulmuş ve öncesindeki yapılmış plana ihtiyaç ortaya çıkmıştır[41].

### **Afet Planının Hedefleri**

Sürekli sağlık eğitimi sağlamaktır. Bunun yanında yaralı sayısını azaltmak, tehlikeleri en aza indirmektir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapasitesini artırarak afetlere daha hazırlıklı olmak ve etkin müdahalede bulunmaktır. Fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak afetlerin olumsuz etkilerinden toplumun sağlığını korumak ve bu yan etkileri azaltmaktır. Son olarak afet yönetimi açısından diğer sağlık kurumlarıyla koordine içinde bulunmak, işbirliği ve iş bölümü, paylaşımı yapmaktır[41].

### **Afet Planının Amaçları**

Hastalarının, ziyaretçilerinin, mesai arkadaşlarının ve kendisinin yaralanmaması ve zarar görmemesi için maksimum koruma sağlamaktır. Acil bir durumdaki kişilerin tıbbi ihtiyaçlarına anında ve etkin müdahale göstermektir. Kaynakları maksimum düzeyde verimli kullanabilmek adına durum tespiti yapmaktır. Mümkün olan en kısa sürede esas yapılması gereken rutin sağlık hizmetlerine dönüşü yeniden sağlamak ve sürdürmektir. Tüm hazırlıkların gerekliliklerini yerine getirmektir[41].

### **Koruyucu Aile Hekimliği**

Takip ettiği nüfusun hastalıklardan korunması aile hekimliği disiplininde merkezi bir konumdadır. Aile hekimlerinin kilit görevlerinden olan sağlığın korunması, hastaların esenliğinin sağlanması ile sağlık ve iyilik halinin

güçlendirilmesi esas görevlerinden olup aile hekimliği disiplinin ana özelliklerindendir[42]. Yaygın mortalite ve morbidite nedenlerinden olan kronik hastalıklardan bireyleri korumak, erken tanı, optimum tedavi ve uygun takipler ile aile hekimleri hastalarını koruyabilirler.

Davranış tıbbının kuvvetli temellerinden olan hastaların yaşam tarzı değişikliği; afete hazırlık gibi her türlü davranış değişikliği gerektiren yaklaşımlarda da kuvvetli hasta hekim iletişimi ve güven tesis edebilen aile hekimlerine ihtiyaç gösterir[43].

Aile hekimlerinin hastalarını zamanla daha iyi ve yakından tanımaları ve hastalarının güvenini ve saygılarını kazanmaları önemli bir artıdır. Hastaları ve aileleriyle yakın bir iletişim içinde olan aile hekimleri her kriz durumunu beraber aşmalarıyla bu bağ daha da kuvvetlenmektedir. Dolayısıyla aile hekimlerinin söylediklerinin değeri bu güven çerçevesinde daha da olumlu yönde ilerleyebilmektedir[43]. Burada aile hekimleri toplum yönelimli bir anlayış ile afete hazırlık konusunda birey bazından başlayarak kendi toplumuna önemli bir rehberlik sunabilir ve uygun geliştirici yönlendirmeler yapabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, halkın sağlığının korunması ve iyileştirilmesi adına koruyucu tıbbi yaklaşımlar gösteren bir konumdur. Bunun için aile hekimleri halkın eğitimi faaliyetlerini rutin tedavi edici hizmetlerinin yanında vermektedir [41]. Bu eğitim faaliyetleri arasında halkın afete yaklaşım konusundaki farkındalığını artıracak eğitimlerin de olması oldukça önemlidir[44]. Böylelikle afetlere karşı daha bilinçli ve dirençli bir toplum oluşturulur.

Ayrıca bir KBRN olayı veya saldırısına hazırlıklı olabilmek adına öncelikle sağlık profesyonellerinin, özellikle birinci basamakta hizmet veren aile hekimlerinin hizmet içi eğitimleri gereklidir. Eğitimin içinde, temel epidemiyolojik sorunlara yaklaşım, tanı, tedavi ve korunma olmalıdır. Böylelikle KBRN ile oluşabilecek hastalıkların semptomlarını, korunma yöntemlerini ve başlangıç yaklaşımlarını bilecek ve uygun bir müdahalede bulunabilecek ve uygun ekipler ile ilgili alanlara sevkini gerçekleştirebilecektir. Bunun için Aile Hekimliği Birimindeki (AHB) tüm sağlık çalışanlarının maruz kalma riski yüksek olan müdahaleleri sırasında daha iyi korunabilmesi adına hangi malzemelerin nasıl kullanılacağına dair bilgilendirilmesi

ve eğitilmesi de gerekmektedir. Aile hekimi ve elemanının eğitimi aralıklı olarak tekrarlanmalı ve bilgiler güncellenmelidir [45].

Ayrıca aile hekimliği kliniği öğretim üyeleri ve eğitim görevlileri afet yönetimi açısından afet tıbbı konusunun üzerinde durabilmelidir. Kendi müfredat programlarında veya standart bir ulusal müfredat hazırlayarak bu konuyu irdelemeleri gerekmektedir. Gerek saha eğitimleriyle, gerek yazılı materyaller hazırlayıp dağıtarak, gerekse de masa başı ya da saha (AHB’lerde) afet tatbikatlarıyla kendi asistanlarını bu konu hakkında geniş bir eğitimden geçirmelidirler. Bu eğitimi isterlerse sertifikasyon halinde sunabilir ya da sürekli tıp eğitimleri kapsamında da değerlendirebilmelidirler[46].

Yarının afetinde etkin müdahale yapabilmesi adına afet öncesinde aile hekimliği uzmanı, asistanlığı döneminde bu konuda bilgi, tutum ve davranış sahibi olabilmeli ve bahsedilen afetteki kritik rolü adına eğitim müfredatında afet tıbbına önemli bir yer verilmelidir[5].

Bu tür eğitimler yaparken de birçok kurum ile iletişim içinde olunmalı ve bir afette etkilenen halkın hayatta kalma mücadelesine bir nebze olsun yardımcı olabilmek adına “transdisipliner bir yaklaşım” sergileyebilmelidirler. Çünkü bir afet sırasında daha öncesinde kurulmuş iyi bir iletişim ağı zaten her şeyin karmaşık olduğu bir anormal durumda ancak yeterli olabilecektir. Yoksa afetin boyutu daha da artacaktır.

Nitekim aile hekimi bir afet yaşandığında ister istemez gerek olayın ilk saptanması, gerek kritik bilgilerin kayıt altına alınıp gerekli mercilere bildirilmesi, gerek uygun bir triyajla etkin bir müdahalenin merkezinde ya da sevk zincirinde ulusal ya da yerel düzeyde afet yönetiminin bir yerinde kendisini bulacaktır. [9]. Çünkü Türkiye’deki sağlık profesyonellerinin merkezinde olan doktorların yaklaşık 7’de biri ve kamuda çalışanların 5’te biri birinci basamakta temel sağlık hizmeti sunan aile hekimleridir[6]. Dolayısıyla belki de daha önce hiç karşılaşmadığı böylesi bir kriz durumunda, aile hekimleri gerekli eğitimle donanmanın, önceden gerekli yerlerle iletişim içerisinde olup afet planı çerçevesinde afetlere hazırlıklı olmasının yararını görecektir[9].



### 3.10.2. Afetin Olduğu Dönemde

Aile hekimleri acil durum ve afet anında ise rutin birinci basamak sağlık hizmetleri vermeye mümkün olduğu oranda devam etmeli ve etkin bir afet yönetimi açısından diğer sağlık hizmeti gruplarıyla koordine içinde olmalı ve gereken müdahale de bulunmalıdır[41].

Aile hekimliğinin bilgi birikimi ve her türlü olaya yaklaşımındaki esnekliği, afetlere hazırlık noktasında önemli bir yer tutmaktadır. Herhangi bir salgın tehlikesinin önlenmesinde (biyoterorizm vb) ve yönetiminde kilit bir role sahiptir. Her türlü afette, afet tıbbının başarısı adına aile hekimleri olayları erken saptama, anında bulunduğu görev yerinde müdahale gibi özellikleriyle büyük bir potansiyeline sahiptirler [9, 47].

Bu konuda hem klinik becerileri hem de sorumlu olduğu toplumları için önderlik ve yöneticilik vasıfları olan aile hekimlerine büyük bir ihtiyaç duyulmaktadır. Aile hekimleri Washington DC’ deki şarbon saldırısında, Toronto’ daki SARS virüs epidemisinde, Tokyo metrosundaki sarin gazı kimyasal saldırısında ve tüm dünyayı etkileyen pandemilerde; kısacası birçok doğal ve insan kaynaklı afette kritik bir rol üstlenmişlerdir[9, 47]. Herhangi bir KBRN saldırısını ilk saptayanların birinci basamak hekimleri olması kuvvetle muhtemeldir[45]. Çünkü aile hekimliğinin altı temel çekirdek yeterliliklerinden olan birinci basamak yönetimi altındaki tanımda ayrışmamış sorunlara sahip hastaların ilk temas noktası, açık kolay erişim ve tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenimden bahsedilmektedir[48]. Yani böylesi bir KBRN saldırısı ya da olayında farkında olan veya olmayan hastaların ilk uğrak yerinin Aile Sağlığı Merkezi (ASM) olması kaçınılmaz olabilir.

Gerek “araştırmacı aile hekimi” gerekse de “klinisyen aile hekimi” yaklaşımlarıyla aile hekimleri hastalıklara ait verilerin düzenli olarak kayıtlarının tutulması, iletilmesi, toplanması ve bu verilerin analiz edilerek değerlendirilmesi işlemlerinin tümünde görev alabilecektir. Dolayısıyla aile hekimleri tüm bu süreci ifade eden sürveyans tekniklerini geliştirerek; gelişebilecek her türlü global krizdeki olayların tanınması, bertaraf edilmesi ve toplumun iyileştirilmesi adına girişimde bulunabilmelidir[4, 9].

Bununla beraber “yönetici aile hekimi” afetlere hazırlık planlarının tüm aşamalarında aktif görev alarak afet yönetimindeki üst yöneticiler ile en alttaki afete

maruz kalanlar arasında bir köprü olabilir. Nitekim istenilen yeterli bir toplumsal cevap için aile hekimi (bir köprü konumunda) önemli bir yerde durmaktadır[4, 9].

Diğer taraftan, taşra konumundaki alanlarda şehir merkezlerindeki kadar afet yönetiminin üzerinde durulmamaktadır. Hâlbuki 2011 Van Depreminde en çok hasar gören yapılar taşrada bulunan köylerdeki ve kasabalardaki yapılar olmuştur[49]. Taşra dediğimiz köy, kasaba hatta ilçelerde bile gerekli ekipman ve sağlık profesyonellerinin yetersizliği nedeniyle en ufak bir olayın bile acil duruma ve hatta afete dönüşme riski daha fazladır. Dolayısıyla taşradaki sağlık gücünün mühim bir kısmını oluşturan ASM'lere ve onun çalışanlarına bu konuda daha fazla ihtiyaç duyulabilecektir. Aslında burada kırsal hekimlik yapan aile hekimleri çevrenin şartlarına daha iyi uyum sağlamakta ve böylesi bir kriz durumunda o yöre ve halkı için bulunmayacak büyük bir fırsat olarak durmaktadır. Gerek afet sırasındaki müdahalede gerekse de afet öncesindeki planlama aşamasında, görülmeyen ya da bilinmeyen (kırsal ile uyum sonrası) zamanla oluşmuş bu tecrübelerin ve bilgilerin merkezle paylaşılması önem arz etmektedir. Görüldüğü üzere taşrada da afet yönetiminde aile hekimleri kilit rol oynayabilmektedir[9].

### **3.10.3. Afet Sonrası Dönemde**

Bir aile hekiminin afet sonrasında afetzedelerin akut problemleriyle ilgilendiği kadar kronik hastalıkların takibiyle de ilgilenmelidir. Bu durum aile hekimliği disiplini özellikleri arasındaki *“kapsamlı yaklaşım”* adı altındaki çekirdek yeterlilikte bahsedilmektedir[48]. Burada aile hekimi, afetzedenin hem fiziksel hem de ruhsal açıdan akut ve/veya kronik yakınmalarına yanıt verebilecek konumdadır. Gerek afetin kendisinde ya da afetler sonrası olabilecek her türlü salgınla mücadelede yetkin bir rol alacak durumdadır. Bu salgın hastalıklar üst solunum yolu hastalıkları, gastroenterit vb. tarzında olabilmektedir. Kronik hastalıkların takibinde ise tedavinin devamı sağlanarak temel sağlık hizmetleri yerine getirilmeli ve sürdürülebilir halde tutulmalıdır. Ruhsal sağlık açısından da akut veya kronik problemlerle karşılaşılabilir. Bunlar arasında post travmatik stres bozukluğu, depresyon veya alkol bağımlılığı gelebilmektedir[39].

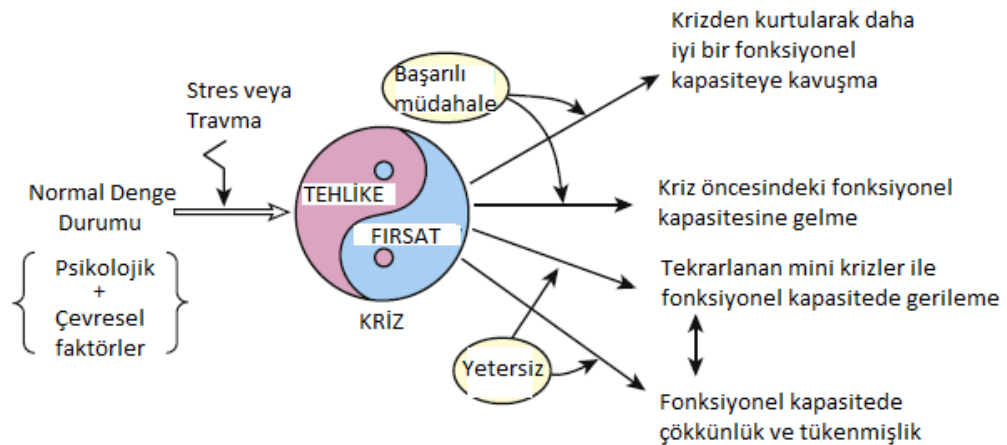
Hastalar çoğu zaman kendilerinin girmiş oldukları krizlerden kurtulmak için aile hekimlerine yardımcı olması için başvurumaktadırlar. Bu kriz durumları bazen

hayatı tehdit eden hastalıklar, intihar girişimi, depresyon, panik atak, yakınlarından şiddet görme olabildiği gibi bazen de afet sonrası veya travma sonrası yaşadıkları problemler nedeniyle olabilmektedir. Hastanın içinde olduğu krizdeki duygu durumu çoğu zaman paniklemiş, kendini yalnız veya yardıma muhtaç hissetmiş ya da aşırı etkilenerek günlük yaşamsal aktivitelerini yapamaz hale gelmiş bir halde olabilmektedir. Hasta bir şekilde hayatını devam ettirebilmek için profesyonel yardıma ihtiyaç duyabilmektedir. Diğer taraftan aile hekimleri günlük sağlık hizmeti sunumu pratiğinde bu tür durumlara hazırlıklı olmadığını belirtmişlerdir[50]. Aile hekimleri bu konularda daha çok eğitime ihtiyaç duymaktadırlar. Tıbbi pratiklerine bu tür post-travmatik durumlara karşı pratik yaklaşımları da kazandırmak istemektedirler. Bu amaçla “Krizlere Yaklaşım Modülü” (Şekil 3.8) kolayca uygulanacak şekilde tasarlanmış ve hem teorik hem de pratik yaklaşım gösterilmiştir.

Krizlere etkin bir şekilde müdahale edilebilmesini sağlayan bu modül 3 tane esas prensip üzerine inşa edilmiştir. Bunlar;

- Hastanın ya da afetzedenin toparlanıp iyileşeceğine dair umudunu ortaya çıkarmak,
- Anında etkin bir tedavi sunmak,
- Hastanın bir an önce normal günlük aktivitelerini yapabilecek düzeye geri dönmesi için onu cesaretlendirmek ve teşvik etmek şeklindedir[50].

Normal şartlarda bir krizden hastanın 6 hafta içinde kurtulması beklenir. Bazen bu süre krizin şiddetine, ciddiyetine, krize verilmiş olan kişisel reaksiyona, toplumun krizden etkilenme düzeyine göre veya destek mekanizmasının çalışma durumuna göre değişebilmektedir[50].



Şekil 3.8. Krizlere Yaklaşım Modülü[50]

Burada kişi girmiş olduğu krizden; ya daha çok depresyona girmiş ya da geçirmiş olduğu olaydan ders alarak daha da olgunlaşmış bir şekilde çıkabilir ya da bunların arasındaki bir seviyede kalabilir[50].

Bireylerden oluşan toplumun da aynı şekilde bu dngye sahip olması kaçınılmazdır. Yani toplumsal kalkınmanın da merkezinde aslında bu krizlere yaklaşım modülü rol oynamaktadır. Toplumun ruh sağlığını da etkileyen her bireyin bylesı bir krizden etkilenme düzeyini azaltmak, krizi yönetmek ve baş edebilme kapasitesini artırmak ancak profesyonel sağlık gücünün yardımıyla olabilmektedir. Burada bu sağlık gücünün önemli bir bileşeni olarak hastalarıyla “boylamsal, kapsamlı, bütüncül ve kişi merkezli yaklaşımıyla” etkin bir iletişim içinde ve güven ilişkisine sahip bulunan aile hekimleri devreye girmektedir[3]. “Toplum yönelimli” olan aile hekimlerinin krize yaklaşım modülünü öğrenmesi ve günlük pratiklerine kazandırması birey ve toplum sağlığı için oldukça önemlidir[51].

Afet sonrasındaki post travmatik stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu, yas dönemi gibi ruhsal durumu etkileyen birçok psikososyal durum açısından aile hekimleri donanımlı olması beklenmektedir[52]. Ayrıca afet sonrası psikolojik ilk yardım konusunda hazırlanan kılavuzlar yardımıyla hareket etmesi de beklenmektedir[53].

### **3.11. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi**

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan bu rehber birinci basamakta çalışanlara önemli bilgiler vermektedir. İş akış şemaları ile birçok konuda izlenecek yolları izah etmektedir. Bu konular arasında;

- “1. Toplum Sağlığı Merkezleri İle Aile Sağlığı Merkezlerinin İlişkileri,
2. Kadın Ve reme Sağlığı İle ocuk Ve Ergen Sağlığı Hizmetleri
3. Bulaşıcı Ve Salgın Hastalıklara Yönelik Hizmetler
4. Zoonotik Ve Vektörel Hastalıklara Yönelik Hizmetler
5. evre Sağlığı Hizmetleri
6. Halk Sağlığı Laboratuvarı Hizmetleri
7. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Kronik Durumlara Yönelik Hizmetler
8. Ruh Sağlığı Hizmetleri
9. Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler

10. Okul Sağlığı Hizmetleri
11. Çalışan Sağlığı Ve Güvenliğine Yönelik Hizmetler
12. Tütün Ve Zararlarını Önlemeye Yönelik Hizmetler
13. Acil Ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri
14. Sağlık Eğitimi Hizmetleri”

gibi toplamda birinci basamak hizmetlerini ilgilendiren 24 konunun üstünde durulmaktadır. Bu konular üzerinde detaylandırılmış görev tanımları mevcut olup bu görevlerin nasıl ve kimlerle beraber yapılması gerektiği belirtilmektedir. Metinler, şekiller ve şemalarla da zenginleştirilerek iş akışı ve iş tanımı güzel bir şekilde gösterilmektedir. Ayrıca bu tanımlara göre yapılan işlerin kayıt altına alınıp veri havuzu oluşturulması ve bu verilerin uluslar arası standartlarla denetlenmesi hedeflenmektedir[54].

Rehberin kendi önsözünde bu konular ve birinci basamağın önemi şu şekilde vurgulanmıştır:

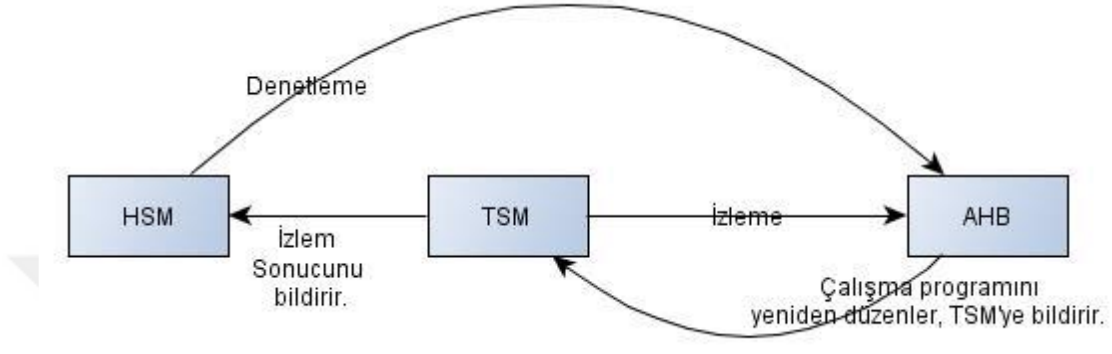
*“Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenip yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla 2005 yılında uygulamaya başlanılan ve 2010 yılı itibariyle tüm ülkenin hizmetine sunulan Aile Hekimliği Uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık sistemi içinde hak ettiği öneme kavuşmuştur. Toplum gündemine yeni iki kurum, Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Merkezi olguları girmiştir.*

*Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş sunumunda, hizmetlerin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılabilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunabilmek, temel hedeflerdir.*

*Sağlık hizmet sunumunun planlanabilmesi, sağlık çalışanlarının görevini başarı ile yerine getirebilmesi, her düzeydeki karar alıcıların etkin ve akılcı kararlar alabilmesi, sağlık hizmeti alanların, eşit, etkin, verimli, süreklilik arz eden, kapsamlı, gereksinimlerine yanıt veren, seçim şansı tanıyan ve ihtiyaç duydukları konularda diğer birimlerle işbirliği sunan bir sağlık hizmetini alabilmesi; güvenilir verilere ve bu verilerin uygun bir şekilde izlenmesi, değerlendirilmesine bağlıdır[54].”*

### 3.11.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İşleyişi

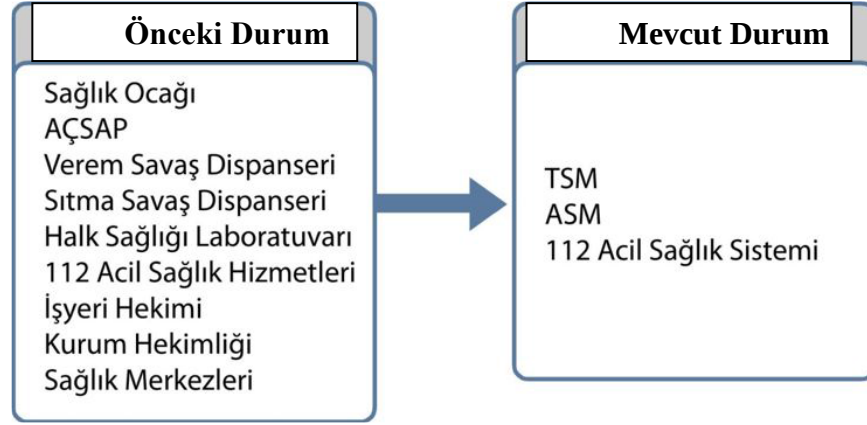
“Aile hekimi, aylık çalışma programını düzenleyip TSM’ ye gönderir. TSM programı değerlendirip kendi görüş ve önerilerini de katarak Halk Sağlığı Müdürlüğüne (HSM) bildirir. TSM, aile hekimliği biriminin çalışmalarını izleyip HSM’ye raporlar. HSM programa uyumu denetler[55]” (Şekil 3.9).



Şekil 3.9. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İşleyiş Şeması[55]

Eskiden birden fazla kurum ile bu birinci basamak sağlık hizmetleri verilmiştir. Şimdi ise yani 5 Şubat 2015’te yayınlanan 29258 sayılı Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği’nin 4. Bölümünde “Birim açılması” başlığı altındaki Madde 38’de ifade edildiği üzere;

“Toplum Sağlığı Merkezi bünyesinde Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS-AP), Verem Savaş Dispanseri (VSD), TSM İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG), Diyabet ve Obezite, Hemoglobinopati Tanı, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Sıtma ile Mücadele, Sağlık Evi bağlı birimleri açılabilir” ni belirtmiştir[34]. Yani sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında devreye giren Aile Hekimliği Uygulaması ile temel sağlık hizmetlerinin artık 3 ana başlık altında yürütüleceği öngörülmektedir (Şekil 3.10).



**Şekil 3.10.** Türkiye’deki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Sunan Birimler

Bu şekilde de anlaşılabacağı üzere temel sağlık hizmetleri İl Halk Sağlığı Müdürlüğü (HSM) bünyesinde birleşen TSM ve ASM bünyesindeki Aile Hekimliği Birimleri (AHB) tarafından ve İl Sağlık Müdürlüğü çatısı altındaki 112 Acil Sağlık Sistemi ile yürütüleceği yani temel sağlık hizmetlerinin 3 ana sacayağı üzerine kurulduğudur[56].

Bu da eskiden birinci basamak sağlık hizmetleri konusu altındaki birçok kurumun artık bulunduğu yörenin şartlarına göre gerekli görülürse TSM bünyesinde bağlı birer birim olarak görev yapmasının planlandığını göstermektedir. Ayrıca bu birimlere eskiden olmayan başka yeni birimlerinde tanımlanarak eklendiği görülmektedir[34].

Tüm bu bilgiler ışığında bu rehberdeki Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetlerine temel sağlık hizmetleri kapsamında bakılacak olunursa ilk önce göze çarpan bu üç grubun entegre bir şekilde çalışması gerektiğidir.

Bu rehberde göre acil sağlık hizmetleri; hastaneler ve 112 ambulans servisinin temel görevi olmasına rağmen toplum sağlığı merkezini ve aile sağlığı merkezlerini bu hizmetlerin haricinde tutmak özellikle bir afette pek mümkün görülmemektedir. Hususan afet öncesinde muhtemel bir olaya hazırlıklı, eğitilmiş ve planlı olması gereken en önemli birimler temel sağlık hizmeti veren kurumlardır[1].

Sağlık Bakanlığı “2010-2014 Stratejik Planında Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri ile ilgili hedefler ve stratejilerden” Hedef 1. 3’te “*Acil sağlık hizmetleri ve afetlerde sağlık yönetimini; acil hallere, afetlere ve tehditlere karşı geliştirmeye*

*devam etmek, zamanında etkili ve verimli bir şekilde ihtiyaca cevap verecek durumda tutmak” şeklinde ifade ettiği görülmektedir[57].*

Bu hedefe ulaşmak adına bazı görev tanım şemaları çizilmiş ve bazı şekillerle bu konu irdelenmiştir. Ayrıca birinci basamakla alakalı mevzuatlardan yararlanılarak bu konunun değişik yönleriyle ele alındığı görülmektedir. Nitekim “Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge’de” bu konu hakkında düzenlemeler vardır.

#### Acil sağlık hizmetleri

*“Madde 21- (1) Bölgesi için müdürlüğün belirlediği acil sağlık hizmeti planlamasını uygular. Bölgesinde ve bölgesine yakın konumdaki hastanelerde acil sağlık hizmetinin devamlılığı sağlanamıyor ise ihtiyacı giderecek şekilde müdürlük ile birlikte planlama yapar.*

*Bunun için; sağlık hizmetinin sürekliliğini dikkate alarak bölgesinin ihtiyacına yanıt verecek şekilde mesai saatleri dışında toplum sağlığı merkezinde, aile sağlığı merkezinde veya başka yerde lojistik desteği de sağlayarak toplum sağlığı merkezi personeli, aile hekimleri, aile sağlığı elemanları ve yardımcı sağlık personelinin de dâhil edilebileceği fiili veya icap şeklinde bir nöbet sistemi oluşturarak yürütür.*

*(2) Bölgesindeki acil sağlık hizmetleri istasyonlarına gerekli lojistik desteği verir.*

#### Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri

*Madde 22- (1) Acil Ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü ile işbirliği içinde bölgesinde halka yönelik ilk yardım bilinci oluşturmak üzere planlama yapar, yapılan planlamalar doğrultusunda eğitim çalışmalarını yürütür.*

*(2) Günlük hayatta karşılaşılabilecek kazalar ve riskli durumlar için halkın bilinç seviyesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapar.*

#### Afet hizmetleri

*Madde 26- (1) Bölgesinde afet organizasyonunda; afete hazırlık, afete müdahale ve afet sonrası önlemler aşamasında müdürlüğün sevk ve idaresinde ihtiyaçları belirler, sağlıkla ilgili tüm çalışmaları yapar. Aile hekimleri ve halka yönelik afet sağlık eğitimleri düzenler.”*



### Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki

*“Madde 27- (1) Toplumun sağlık konusunda bilgi düzeyinin artırılması, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve bireylerin sağlıklı davranış alışkanlıkları kazanması için faaliyetler planlar. Planlama aşamasında bölgedeki sağlık kuruluşları, üniversiteler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yapar. Bakanlıkça yürütülen tütün, alkol ve madde bağımlılığı, obezite gibi risk faktörlerine yönelik olarak toplum eğitimi ve diğer gerekli çalışmaları yürütür. Bu alana yönelik olarak oluşturulan ulusal kontrol programlarını bölgesinde uygular veya uygulanmasını sağlar. Planlanan eğitim programlarını hedef gruba (toplu halk eğitimi, esnaf eğitimi vb) ve amacına göre uygular ya da bölgesindeki sağlık kuruluşları aracılığı ile uygulanmasını sağlar.*

### Sağlık eğitimi hizmetleri

*Madde 28- (1) Bakanlık tarafından “sürekli eğitim” kapsamında oluşturulan hizmet içi eğitim programlarını yürütür. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına yönelik, Bakanlıkça belirlenen aile hekimliği kapsamındaki yıllık hizmet içi eğitimlerin planlamasını yapar, lojistik desteği verir. Bölgenin genel durumunu ve sağlık ölçütlerini dikkate alarak bilgi yenilenmesi ihtiyacı gerekli görülen eğitimler konusunda müdürlük ile işbirliği yaparak ve gerekli durumlarda diğer kuruluşlardan destek olarak hizmet içi eğitimleri düzenler.*

*(2) Toplum sağlığı merkezi personeli başta olmak üzere bölgesinde bulunan sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri için, seminer, bilimsel tartışma ve bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikler yapar, gerekirse personelinin diğer kurumlardaki eğitici etkinliklere katılmalarını sağlar[8].”*

Yönergede görüldüğü üzere nitelikli sağlık hizmetlerinin devamlılığı açısından toplum sağlığı merkezleri önemli bir görevde bulunmaktadırlar. TSM’nin, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ile beraberce yaptıkları planlamalarında kendi ilindeki hastanelerin yanında 112 acil sağlık hizmetleri istasyonları, 112 komuta kontrol merkezi ve aile hekimleri ile birlikte hareket etmesi istenmektedir. Bu planın uygulaması sürecinde TSM’lerin koordinatörlüğünde ASM işbirliği ile TSM, eğitim çalışmaları yürütür[58]. Özellikle bölgesinde ASM’ler ölçeğinde risk ve kaynak analizi yaparak afet planının hazırlanması ve uygulanması aşamalarında bulunur[58]. Tüm bu hizmetlerin halk sağlığı açısından büyük öneme

haiz olduğu aşikârdır. Afet planının uygulanması dendiğinde bir afet anındaki tedavi edici hizmetler de anlaşılmaktadır[1]. Burada aile hekimlerine büyük işler düşmektedir.

Ayrıca tüm sağlık hizmetleri afetin olumsuz etkilerini bertaraf etmek için iyileştirme ve yeniden inşa dönemlerini de kapsamalıdır. Çünkü afetler, gerek afetin kendisinin doğrudan etkileriyle hastalık, morbidite, mortalite gibi primer sağlık sorunlarına ve gerekse bir afetin olduktan sonraki biyopsikososyal çevrenin dengesizliği nedeniyle seconder sağlık problemlerine sebep olabilir: Çevre sağlığının ve ruh sağlığının bozulması veya salgınlar gibi. Üstelik bu sorunlar normal zamana göre hem daha tehditkâr, hem daha yayılmaya eğilimli ve hem de çok ağır vakalardan oluşabilmektedir. Bu nedenle de afetlerde yürütülecek sağlık hizmetlerinin halk sağlığının dolayısıyla toplum sağlığı merkezlerinin kontrolü ve koordinatörlüğündeki aile hekimlerinin önemli bir ilgi ve uğraş alanı olduğu görülmektedir[1].

Kısacası bu rehberde kurumların görevleri teker teker belirtilmiş ve kimlerle iş birliği içinde olması gerektiği yazılmış ve iş tanım şemalarında gösterilmiştir.

Bu rehberde göre ASM'lerin yani Aile Hekimi ve Aile Hekimliği Elemanlarının görevleri gerek asli görev olsun, gerekse de yardımcı, yani işbirliği yapılması gereken kurum ve kişi olarak olsun aşağıdaki gibidir:

### **3.11.2. Afet Öncesi Dönemde**

*“Bölgesi dâhilinde meydana gelebilecek her türlü tabii afetlere karşı hazırlıklı durumda bulunmak için:*

*1. Bölgesinin nüfus yoğunluğu, coğrafi şartları, altyapısı, çevre koşulları, sosyoekonomik durumlarını, malzeme ve personel durumunu inceleyerek; tehlike analizi ve zarar görebilirlik analizi ile afet durumunda bölgesinin göreceği zararın boyutunu tahmin eder.*

*2. Mevcut alt yapı ve ilgili mevzuat çerçevesinde yaptığı risk ve kaynak analizi sonuçlarına göre hizmet verdiği bölge şartlarına ve kendi koşullarına uygun afet planını hazırlar. Diğer kurumlarla koordinasyonunun sağlanması için ilgili birimlere gönderir.*

3. Hazırladığı plan çerçevesinde personeline gerekli görevlendirmeleri ve eğitimi yaparak fiili ve masa başı tatbikatlar yapar. Aynı zamanda bölgesinde afetlere yönelik halk eğitimleri düzenler[1] (Şekil 3.11)".



Şekil 3.11. Afet Öncesi İş Akış Şeması[1]

### 3.11.3. Afetin Olduğu Dönemde

“Afet durumlarında sağlık hizmetini sunmak ve normale dönüş sürecini hızlandırmak için:

1. Afet sırasında TSM tarafından afet planı içerisinde verilen görevleri ve İl Afet Planı doğrultusunda üzerine düşen görevleri yapar.

2. İlçe Sağlık Müdürlüğü afet planı doğrultusunda alternatif su kaynağı temini, aş evleri kurulması, atıkların toplanması ve bertaraf edilmesine yardımcı olur.

3. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sorumlu olduğu nüfusu bilgilendirir, kişisel tedbirlerin alınmasını sağlar. Aşı, ilaç ve tıbbi malzeme temini ve stoklamasını yapar.

4. Mevcut altyapı ve ilgili mevzuat çerçevesinde afet sırasında planlama ve koordinasyon için, afet sonrasında ise değerlendirme ve yeniden yapılanma nedeni ile verilen tüm hizmetlerin uygun şekilde kayıtlarını tutar[1].”

#### 3.11.4. Afet Sonrası Dönemde

*Afet sonrasında normale dönüş sürecini hızlandırmak için:*

“1. Mevcut alt yapı ve ilgili mevzuat çerçevesinde kendi bölgesinde afetten etkilenenlerin rehabilitasyon ve yeniden yapılanmasında görev alır. Gerekli psikolojik desteği sağlar.

2. Bölgenin afetten etkilenmesine göre barındırma, su güvenliği, gıda güvenliği, vektör kontrolü, atık kontrolü vb güvenlik tedbirlerini alır.

3. Çocuklar için gerekli psikolojik ve barınma, beslenme, eğitim gibi özel tedbirlerin alınmasını takip eder. Bulaşıcı hastalıklara karşı çocuklara özel tedbirleri alır.

4. Afet planı doğrultusunda Temel Sağlık Hizmetleri Servisi dâhilinde bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sorumlu olduğu nüfusu bilgilendirir, kişisel tedbirlerin alınmasını sağlar. Aşı, ilaç ve tıbbi malzeme temini ve stoklamasını yapar.

5. Aşılar, kemoprofilaksi, sağlık eğitimi yaparak olağan hizmetler düzeyine gelmeye çalışır” [1]. (Şekil 3.12)



**Şekil 3.12.** Afet Sonrası İş Akış Şeması[1]

Acil sağlık hizmetleri temel sağlık hizmetlerinin üç sacayağından birisini oluşturur. Bir afet için özellikle afetin ilk 72 saatinde önem arz etmektedir. Bu süreçte “112 İl Ambulans Servisi”nin kendisinden acil çağrı aldığında, acil sağlık hizmeti sunmak için hastaneler ve tüm sağlık kuruluşları ile işbirliği sağlayarak mevcut alt yapı ve ilgili mevzuat doğrultusunda, acil müdahaleyi yapması, gerekiyorsa da uygun

sağlık kurumuna nakletmesi” istenmektedir. 112 KKM’den ise gelen çağrıyı değerlendirmesi ve gerekli ise uygun ekibi yönlendirmesi veya danışmanlık hizmeti vermesi istenir[1].

Kısaca afetin olduğu dönemde İl Ambulans Servisinin il afet planındaki görevleri haricindeki rehberdeki görev tanımı aşağıdaki gibidir:

*“Afeti derecelendirir, rapor eder, koordinasyonu sağlar, görev ve personel planlamasını yapar, ilk yardım ve toplanma merkezlerindeki yaralıların ilk tedavileri ile bunların hastanelere naklini sağlar[1].”*

Hastane acil servislerinden ve hastanelerden ise rehberde ifade ettiği üzere afetin olduğu dönemde aşağıdaki görevleri yapması istenir.

*“Hastane Afet Planları (HAP) doğrultusunda afetten etkilenenlere her türlü tıbbi müdahaleyi yapar ve kayıtları tutar. HAP Sorumlusu HAP’ı devreye sokar ve uygular. HAP doğrultusunda, sabit ve seyyar yatak kapasitelerini artırıcı ve tedavi hizmetlerini hızlandırıcı tedbirleri alır. Personel ve ekipmanları başka hastanelere dağıtılabilir veya Kızılay ile Bakanlıkça kurulacak sahra hastanelerinde görev alarak acil müdahalede bulunur, hastayı stabil eder, yataklı tedavi kurumunda yatışını yapar ya da tedavisini yaparak taburcu eder[1].”*

### **3.12. Afet Etiği**

Tıp Etiği her hangi bir durumun veya eylemin iyi ya da kötü; doğru ya da yanlış olup olmamasıyla alakalı sorgulamaların çözümlemelerine yardımcı olan bilimsel bir disiplindir. Biyomedikal etikte genelde ifade edilen 4 temel esas vardır. Bunlar; Yararlı olma, Zarar Vermeme, Adil olma ve Özerkliğe Saygı ilkeleridir[59].

Afet etiğinde ise bu ilkelerden “Yarar Sağlama” ilkesi, triyaj yaklaşımında biraz daha ön plana çıkmaktadır. Buna göre yapılan eylem(ler)in en çok sayıda hastaya, beklenen en büyük iyiliği temin etmesi istenir. Aslında bu tanım sağlıkta afet yönetimindeki hizmetlerin ve çalışmaların ana amacını da tarif etmektedir. Dolayısıyla bir afette hekim bu yararcılık yaklaşımı ile kendini haklı çıkarabilir ve vicdani olarak huzura kavuşabilir[22].

Yoksa önceden tahmin edilemeyen akut bir olayda, elindeki kıt tıbbi kaynaklarla, en hızlı bir şekilde, birçok sayıdaki sağlık hizmeti ihtiyacı olan afetzedelerin gereksinimlerine vereceği yanıt konusunda dengesizlikler yaşayacaktır.

İcra etmiş olduğu mesleğinin yanlış düşünce, kaygı, istek veya zorlamalar karşısında, etiksel yaklaşımdan uzak kalması onu rahatsız edecektir. Böylelikle kendisinin de yaşadığı ve içinde bulunduğu afetle beraber, o ağır duygusal yoğunluk karşısında çökkün bir hale girmesi kaçınılmaz olacaktır[22]. Böylelikle kendisine en çok ihtiyaç duyulan zaman diliminde varlığını ortaya koyamayacaktır. Birçok yardım bekleyen yardım alamayacak, afet yönetilememiş olacaktır.

Ayrıca “Adalet” ilkesi gereği hizmet alma hakkı herkes için olabildiğince ulaşabilir olmalıdır. Adil tedavi gereği herkese benzer tedavi uygulamak yerine yeri geldiğinde kişilerin ihtiyacı oranında gerekli farklı tedaviyi de sunmak önemlidir[22].

Diğer taraftan üçüncü şahıslarla muhatap olurken afetzedenin mahremiyetine, özerkliğine de saygılı olunması gerekmektedir. Bu üçüncü şahıs bazen kendi yakını olabildiği gibi bazen de kitlelere hitap edebilen bir medyanın bir temsilcisi de olabilir. Böylesi bir durumda yani afetzedenin onamı alınmadan yapılacak her türlü açıklama, kişinin bazen daha fazla travma yaşamasına sebep olabilir. Hatta bazen hasta yerine hasta yakınlarının kararları ve talepleri ön plana geçebilir ve bireyin özerkliği ciddi bir şekilde yara alabilir. Nitekim afetzedenin kendisini birey yapan, özelleştiren kültürü, dili, dini veya düşüncesi gibi unsurları da saygıya değer özerkliktedir. Her ne durumda olursa olsun bu husus geçerlidir. Afet durumunda zaten incinmiş olan bireyin bu konu hakkında daha bir hassas olabileceği unutulmamalıdır. Hekim de bu hassasiyete dikkat etmelidir. Hatta yas tutması döneminde afetzede, bu sürecini yönetebilmesi adına hekiminin desteğine ihtiyaç duymaktadır[22].

Dolayısıyla afet öncesinde hekim, kendisini bu tür acil durumlara hazırlamalıdır. Tüm diğer afet planı konularında olduğu gibi afetin etiksel yaklaşımlarında da hekim kendisini eğitmeli ve hazırlıklı olmalıdır. Aile hekimleri de üzerine düşen görevi yaparken bu etik ikilemlerde kalmamak adına bu konuda kendisini yetiştirmesi gerekmektedir. Nitekim Dünya Tabipler Birliği, 1994 yılında Stockholm’de Felaket Olayında Tıp Ahlak Kuralları adlı bildirgesinde bu konunun üstünde durmuş ve etiksel tutum önerilerinde bulunmuştur[60].

## 4. GEREÇ-YÖNTEM

### 4.1. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırmanın yapılacağı yer olarak Türkiye genelinde en çok Aile Hekimliği Kliniği Merkezine ve asistan doktoruna sahip İstanbul ve Ankara illerinden; başkent olması, Sağlık Bakanlığı'nın bulunması ve ulaşım kolaylığı nedeniyle Ankara ili seçilmiştir. Buna göre Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Aile Hekimliği Kliniği, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara Keçiören EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara Numune EAH Aile Hekimliği Kliniği Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Aile Hekimliği Kliniği, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği, Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği olmak üzere toplamda 10 Aile Hekimliği Kliniği Merkezi araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu merkezlerin özellikleri ise aşağıda verilmiştir.

Ankara Atatürk EAH Aile Hekimliği Kliniği 2003 yılında kurulmuş olup 7 öğretim üyesi ile uzmanlık eğitimi vermektedir. 56 asistanla beraber 7 poliklinikte aile hekimliği hizmeti vermektedir.

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği 1985 yılında kurulmuş olup 4 öğretim üyesi ile uzmanlık eğitimi vermektedir. 28 asistanla beraber 10 poliklinikte aile hekimliği hizmeti vermektedir.

Ankara EAH Aile Hekimliği Kliniği 1995 yılında kurulmuş olup 2 öğretim üyesi ile uzmanlık eğitimi vermektedir. 26 asistanla beraber 6 poliklinikte aile hekimliği hizmeti vermektedir.

Ankara Keçiören EAH Aile Hekimliği Kliniği 2008 yılında kurulmuş olup 1 öğretim üyesi ile uzmanlık eğitimi vermektedir. 8 asistanla beraber 1 poliklinikte aile hekimliği hizmeti vermektedir.

Ankara Numune EAH Aile Hekimliği Kliniği 1985 yılında kurulmuş olup 4 öğretim üyesi ile uzmanlık eğitimi vermektedir. 62 asistanla beraber 5 poliklinikte aile hekimliği hizmeti vermektedir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği 1996 yılında kurulmuş olup 3 öğretim üyesi ile uzmanlık eğitimi vermektedir. 22 asistanla beraber 10 poliklinikte aile hekimliği hizmeti vermektedir.

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Aile Hekimliği Kliniği 2006 yılında kurulmuş olup 2 öğretim üyesi ile uzmanlık eğitimi vermektedir. 17 asistanla beraber 7 poliklinikte aile hekimliği hizmeti vermektedir.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Aile Hekimliği Kliniği 1994 yılında kurulmuş olup 3 öğretim üyesi ile uzmanlık eğitimi vermektedir. 12 asistanla beraber 2 poliklinikte aile hekimliği hizmeti vermektedir.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği 2014 yılında kurulmuş olup 2 öğretim üyesi ile uzmanlık eğitimi vermektedir. 1 asistanla beraber 1 poliklinikte aile hekimliği hizmeti vermektedir.

Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği 2002 yılında kurulmuş olup 2 öğretim üyesi ile uzmanlık eğitimi vermektedir. 1 asistanla beraber 1 poliklinikte aile hekimliği hizmeti vermektedir.

#### **4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evreni Ankara ilinde Aile Hekimliği Kliniklerinde çalışan tüm asistan doktorlar olarak belirlenmiştir.

Ayrıca örneklem için %5 kabul edilebilir hatayla ve % 95 güven aralığı ile 146 kişiye ulaşılması gerektiği önceden hesap edilmiş, lakin toplamda evrenin 233 kişiden oluşuyor olmasından dolayı hedef olarak tüm evrenin örneklem olarak seçilmesi kararlaştırılmıştır.

Buna göre; Ankara'daki Aile Hekimliği Uzmanı yetiştiren tüm kliniklere gidilmesi ve bu kliniklerde öğrenim gören ve çalışan tüm asistan hekimlere ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın yapıldığı dönemde Ankara'da Aile Hekimliği asistanı olarak görev yapan kişi sayısı;

Ankara Numune EAH Aile Hekimliği Kliniği'nde 62, T.C. Sağlık Bakanlığı Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk EAH Aile Hekimliği Kliniği'nde 56, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği'nde 28, Ankara EAH Aile Hekimliği Kliniği'nde 26, Ankara Keçiören EAH Aile Hekimliği Kliniği'nde 8, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÜTF) Aile Hekimliği Kliniği'nde 22, Hacettepe ÜTF Aile Hekimliği Kliniği'nde 1, Turgut Özal ÜTF Aile Hekimliği Kliniği'nde 1,



Başkent ÜTF Aile Hekimliği Kliniği'nde 17, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Aile Hekimliği Kliniği'nde 12 olmak üzere toplamda 233 kişidir.

Ankara'daki tüm kliniklere gidilerek toplamda 183 kişiye ulaşılmıştır. Ancak ulaşılan 183 kişiden 2'sinin uzman doktor olması ve diğer 2'sinin ilgili klinik dışında çalışıyor olması nedeniyle çalışma dışı bırakılmışlardır. Analiz öncesi anketler tekrar kontrol edildiğinde ise 4 anketin eksik doldurulduğu ve 1 anketin de yazılı onamının olumsuz şeklinde cevaplandığı tespit edilerek çalışma dışı bırakılmışlardır.

Nihai olarak çalışmaya 174 kişi dâhil edilmiştir. Böylelikle araştırma evreninin ve dolayısıyla hedeflenen örneklemin %74,6' sına ulaşılmıştır. Önceki örneklem büyüklüğü hesaplamasına göre ise; 174 kişi ile, 173 kişi olan %99 güven seviyesi de geçilerek azami evreni temsil etme gücüne ulaşılmış olduğu anlaşılmıştır.

Çalışma dışı bırakılan anketler çıkarıldığında nihai olarak toplamda 174 kişiye ulaşılmış olup detaylı bilgiler Tablo 4.1'de verilmiştir. Kliniklere tek tek bakıldığında 4 kliniğin asistan doktorlarının %100'üne ve 7 kliniğin ise %70'den fazlasına ulaşılmış olduğu görülmüş olup en az katılım oranı ise %25 olmuştur.

**Tablo 4.1.** Araştırmaya Katılan Aile Hekimliği Asistanlarının Çalıştığı Kliniklere Göre Asistan Sayıları ile Kendi Kliniklerindeki Asistan Sayılarına ve Toplam Çalışmaya Katılan Asistan Sayılarına Göre Yüzdelik Dağılımı

|                            | <b>Toplam</b> | <b>%</b>                                                             | <b>%</b>                               |
|----------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Çalışılan Hastane</b>   | <b>n</b>      | <b>Katılımcıların Kendi Kliniklerindeki Asistan Sayılarına Oranı</b> | <b>Katılımcıların Toplamdaki Oranı</b> |
| <b>Ankara Numune EAH</b>   | 61            | (%98)                                                                | 35,1                                   |
| <b>Ankara EAH</b>          | 21            | (%71)                                                                | 12,1                                   |
| <b>Ankara Keçiören EAH</b> | 2             | (%25)                                                                | 1,1                                    |
| <b>Ankara Dışkapı EAH</b>  | 11            | (%39)                                                                | 6,3                                    |
| <b>Atatürk EAH</b>         | 40            | (%80)                                                                | 23,0                                   |
| <b>Turgut Özal ÜTF</b>     | 1             | (%100)                                                               | 0,6                                    |
| <b>Başkent ÜTF</b>         | 15            | (%88)                                                                | 8,6                                    |
| <b>GATA</b>                | 12            | (%100)                                                               | 6,9                                    |
| <b>Ankara ÜTF</b>          | 10            | (%45)                                                                | 5,7                                    |
| <b>Hacettepe ÜTF</b>       | 1             | (%100)                                                               | 0,6                                    |

#### 4.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma gözlemsel; tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir anket çalışmasıdır.

#### 4.4. Araştırmanın Değişkenleri

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, ikamet ettiği yerde beraber yaşadığı kişiler, çalıştığı hastane, toplam çalışma süresi, şu anki kliniğinde toplam çalışma süresi, önceden çalıştığı kurumlar, afet tıbbi eğitimi alması, tatbikata katılması, afet planı oluşturması, afet ile alakalı kurum üyeliği, kendisinin ve yakınının afet yaşaması, afet tıbbi ile alakalı eğitimleri alma isteği, gönüllü olarak afette çalışma isteği, afetteki görev tanımlarını bilme düzeyi, afetlerde aile hekimlerinin rolünün olmasının gerekliliği hakkındaki görüşü, afet tıbbi yan dalı hakkında görüşü ve bu konuda uzmanlaşmak isteği

#### 4.5. Araştırmada Kullanılan Tanımlar, Terimler, Sınıflamalar, Kriterler ve Yöntemler

##### 4.5.1. Terimler ve Tanımlar

**Afet:** “Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur”[10].

**Afet Tıbbi:** Afet tıbbi disiplini, farklı sağlık disiplinlerinin (aile hekimliği, acil tıp, cerrahi, dahiliye, enfeksiyon hastalıkları, epidemiyoloji, halk sağlığı, pediatri vb) yardımıyla afetten kaynaklanan sağlık problemlerini önlemek, anında müdahale etmek ve rehabilite etmek için diğer tıp dışı disiplinlerle de beraber geniş çaplı afet yönetimini gerçekleştirmeyi hedefleyen bir çalışma alanıdır[13].

**Aile Hekimliği:** “Kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır”[3].

**Aile Hekimliği Asistanlığı:** Aile hekimliği uzmanlık eğitimi toplamda 3 yıl olup üç temel bölümden oluşmaktadır: Aile hekimliği uygulama eğitimi(18 ay), ilgili

alanlarda rotasyonlar(18 ay) ve program boyu süren düzenli eğitim etkinlikleri (Tablo 4.2) .

**Tablo 4.2.** Aile Hekimliği Asistanlarının Zorunlu Rotasyonları

| Rotasyon adı                  | Önerilen Yıl | Rotasyon süresi |
|-------------------------------|--------------|-----------------|
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | 2            | 5 ay            |
| Göğüs Hastalıkları            | 3            | 1 ay            |
| İç Hastalıkları               | 1            | 4 ay            |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum   | 1            | 4 ay            |
| Kardiyoloji                   | 3            | 1 ay            |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları   | 2            | 2 ay            |
| Genel Cerrahi                 | 3            | 1 ay            |
| <b>Toplam</b>                 |              | <b>18 ay</b>    |

*“Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi, uzmanlık öğrencisinin, aile hekimliği tanımı içinde yer alan temel prensipler doğrultusunda, klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının yanı sıra sağlık eğitimi verme becerisi, araştırmacılık ve yöneticilik niteliklerinin geliştirilmesi için uygun olanaklar sağlamayı amaçlamaktadır. Hedefleri:*

- *Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun geliştirilmesi,*
- *Toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasının sağlanması,*
- *Sağlığın geliştirilmesi ve korunması,*
- *Bireylerin sağlık anlayışının ve toplumun sağlık bilincinin geliştirilmesi,*
- *Bireylerin akut ve kronik sağlık sorunlarının erken tanınması ve yönetilmesi,*
- *Sağlık sisteminin hizmet sunum basamakları arasındaki ilişkinin sağlanması ve bireyin tüm bakım gereksinimlerinin karşılanması”* şeklindedir[61].

#### **4.5.2. Afet Sınıflaması**

##### **A. Doğal Afetler**

- i. Meteorolojik (örn. kasırga , hortum , fırtına, sıcak veya soğuk hava dalgası)
- ii. Jeolojik (örn. deprem, volkanik patlama, sel)
- iii. Diğer (örn. yangın, patlama, salgın)

## **B. Kazalar**

- i. Kitlesel Kayıplara Yol Açan Ulaşım Kazaları (örn. uçak, otobüs, tren)
- ii. Tehlikeli Madde Salınımına Yol Açan Ulaşım Kazaları
- iii. Yapısal Kazalar (örn. bina veya köprü çökmesi)
- iv. Tarımsal veya Endüstriyel Kazalar (örn. tehlikeli kimyasal, biyolojik maruziyet )
- v. Nükleer veya Radyolojik Kazalar

## **C. Şiddet Kasıtlı Hareketler**

- i. Kriminal Olaylar (Hedef Grubunda Birey Olanlar)
- ii. Terör Olayları (Hedef Grubunda Toplum Olanlar)[5]

### **4.5.3. Araştırma Kriterleri**

#### **Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:**

Ankara’da Aile Hekimliği Asistanı olarak çalışıyor olmak.  
Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

#### **Araştırmaya Almama Kriterleri:**

Asistan Hekim dışında farklı bir görevde olması durumunda  
Görev yeri farklı bir il olması durumunda  
Anket formlarını tamamlamaması durumunda

#### **Araştırmadan Çekilme Kriterleri:**

Gönüllü olan katılımcı istediği zaman araştırmadan çekilebilir.

#### **Araştırmaya Son Verme Kriterleri:**

Tüm evrene ulaşıldığı durumda (n:233)

#### **Araştırmanın Anket Yöntemi:**

Gözlem altında anket uygulama (detayı alt başlıkta sunulmuştur.)

#### 4.5.4. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Çalışma öncesi yapılan geniş bir yazın (literatür) taraması ışığında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı ve Sağlıkta Afet Yönetimi yüksek lisans programı kurucusu ve Hacettepe Üniversitesi Afet Tıbbi Araştırma ve Uygulama Merkezi (HAMER) Kurucu Müdürü olan sorumlu araştırmacı ile yardımcı araştırmacı tarafından araştırmaya özgün yapılandırılmış anket sorularıyla Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberinde belirtilen aile hekimlerinin afetteki görev tanımlarını bilme durumlarını içeren anket soruları hazırlanmıştır ( **Ek 1**).

Ayrıca Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Akademik Konsey toplantılarında hazırlanan sorular üzerinde fikir telakkisi yapılarak anketin Aile Hekimliği perspektifinden tekrar değerlendirilmesi sağlanmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Anket sorularının hazırlanması sürecinde katılımcıların anket sorularına kolay ve rahat bir tarzda cevap verebilmeleri için afet ile alakalı sorular ve görev tanımları birbiri içerisinde sıralı ve düzenli bir şekilde gruplandırılarak anket içerisindeki soru dağılım dengesi gözetilmiştir.

Ankara'daki Aile Hekimliği Kliniği Asistan doktorlarına kendi bağlı oldukları kliniklerin eğitim salonlarında bu anketler gözlem altında uygulanmıştır. Bu uygulama yönteminde anketler kişilere verilir, araştırmacı katılımcıların anketi nasıl cevaplayacakları hakkında bilgilendirmede bulunur. Kişilerden anketi kendilerinin doldurması istenir. Bununla beraber araştırmacı da anketin uygulandığı yerde hazır bulunur ve katılımcılardan herhangi biri, bir güçlkle karşılaşsa ona yardımcı olur[62]. Bu yöntemin olumlu yanları maliyet etkin olması, iyi bir uygulama hızına sahip olması, örneğin toplumu temsil edilebilirliğinin yüksek olması ve anketörün ya da araştırmacının taraf tutma olasılığının diğer anket uygulama yöntemlerine göre en az seviyede olmasıdır[62]. Olumsuz yönleri ise büyük kitlesel çalışmalara elverişli olmaması, anketör tarafından göze hitap eden araç gereç kullanımının az olması ve tek tek soruları açıklamada biraz yetersiz kalmasıdır[62].

Daha fazla katılımın gerçekleşmesi, yer ve zaman olarak rahatça anketlerin yanıtlanabilmesi ve günlük rutin çalışma pratiklerine engel olunmaması adına gidilecek zaman olarak ilgili kliniğin eğitim günleri seçilmiştir. Çalışma için anket uygulama işlemlerine araştırmacının bulunduğu Ankara Numune EAH Aile

Hekimliği Kliniği'nde başlanılmıştır. Kliniklere ağırlıklı olarak yeterli katılımcıya ulaşabilmek adına 2 defa gidilmeye çalışılmıştır. En son olarak ise Dekanlık ve Başhekimlik izin süreci beklenen ilgili bazı kliniklere anketler uygulanarak anket uygulama işlemi sonlandırılmıştır.

İlgili kliniğin sorumluları ve araştırmacılar tarafından izinli ve raporlu olmayan tüm asistan hekimlere anketlerin duyurulması sağlanmıştır.

Örneklem sayısına ulaşabilme ve en üst düzeyde temsiliyetin sağlanması adına asistan hekimlerin çoğunlukla bir arada bulundukları ilgili kliniğin eğitim günleri ve saatleri öğrenilmiştir. Tek tek tüm kliniklere gidilerek anketler gözlem altında uygulanmıştır.

Katılımcı yani asistan doktor sayısının az olduğu kliniklerde ise asistan hekimin bulunduğu yer tespit edilip yerinde ziyaret edilerek anketler uygulanmıştır. Yeterli sayıya ulaşamadığı düşünülen kliniklere ise yeniden bir defa daha gidilerek anketlerin yeterli sayıda cevaplanması sağlanmıştır. İkinci defa gidilen kliniklerde de anketlerin gönüllülük esasına göre doldurulmasına dikkat edilmiştir. Ayrıca tekrarların önüne geçilmesi için de gerekli ikazlarda bulunulmuş ve daha önce doldurduğunu söyleyen ve araştırmacı tarafından daha önce doldurduğu bilinen kişilere anketler tekrarlatılmamıştır. Böylelikle birden fazla çoklu katılımlar engellenmiştir.

Anket sorularının tamamına yanıt verebilmeleri için yeterli süre verilmiştir. Verilen süre sonunda anketler geri alınarak anketler kontrol edilmiştir.

Hazırlanan ankette katılımcıların mahremiyetini ihlal etmemek ve düşüncülerini rahatça ifade edebilmeleri için kendilerini belli edecek kişisel bilgilere yer verilmemiştir. Araştırmacı anket uygulama safhasında gerekli bilgilendirmeyi yapmak, anket ve çalışma ile ilgili sorulara cevap vermek ve anketlerin uygun bir şekilde doldurulduğunu tespit etmek için hazır bulunmuştur. Araştırma ile ilgili sonradan oluşabilecek sorulara cevap verilebilmesi ve verilmek istenen her türlü katkı için ise araştırmacının cep telefonu numarası ve e-posta adresi anket üzerine yazılmıştır.

Katılım için sözel onam alındıktan sonra anketin başındaki araştırmaya ilişkin kısa yazılı bilginin okunması ve sonundaki “bu ankete katılmayı kabul ediyor musunuz?” şeklindeki soruyla araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu yazılı onam

ile de belirtmesi istenmiştir. Bu metinde araştırmaya katılımın isteğe bağlı olduğu ve istedikleri zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir haklarını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilecekleri veya araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiştir.

Ayrıca bu araştırmanın Ankara İlindeki Aile Hekimliği Kliniklerinde çalışmakta olan Asistan Hekimlere uygulanacağı belirtilmiştir. Asistanların “Afet öncesi, sırası ve sonrasındaki rollerini ve görevlerini bilme durumlarını saptamak, Bu durumlar ile ilişkili özelliklerini belirlemek, Bazı sosyodemografik özelliklerini saptamak, Afet tıbbı hakkındaki farkındalık durumlarını artırmak” amacıyla yapıldığı ifade edilmiştir. Buradan elde edilen bilgilerin daha sonra yapılacak çalışmalara önemli katkıda bulunacağından dolayı araştırmaya katkılarından dolayı teşekkür edilmiştir.

Diğer taraftan sözel olarak anketlerin değerlendirmeye alınabilmesi için soruların hepsinin eksiksiz cevaplanması gerektiği ifade edilerek soruların bilinçli ve tutarlı bir şekilde okunarak yanıtlanması istenmiştir. Ön bilgilendirme sonrası onamı alınan gönüllü hekimlere öncelikle sosyodemografik özelliklerinin olduğu sorular yöneltilmiştir. Sosyodemografik bilgilerde katılımcının yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, kaç çocuğunun olduğunu, ikamet yerinde kimlerle beraber yaşadığını, hangi hastanede çalıştığını, mesleğindeki toplam çalışma süresini, şimdi bulunduğu kliniğindeki toplam çalışma süresini ve daha önce çalıştığı kurumlarını belirtmesi istenmiştir.

Ayrıca şu an çalıştığı klinikte afet tıbbı ile alakalı bir eğitim alıp almadığı ya da böyle bir dersin müfredatlarında olup olmadığı, bugüne kadar herhangi bir yer ve zamanda afet tıbbı hakkında bir eğitim alıp almadığı, herhangi bir tatbikata katılıp katılmadığı, afet planı sürecine dahil olup olmadığı, daha önce bir afette hekimlik yapıp yapmadığı, herhangi bir kuruluşa afetle mücadele konusunda üye olup olmadığı, geçmişte kendisinin veya yakınlarının bir afet yaşayıp yaşamadığı, yaşadıysa nasıl etkilendiği gibi afet ile alakalı deneyim ve görüşleri ile afet tıbbı hakkındaki eğitim durumları ile alakalı sorular sorulmuştur.

Bunların yanında aile hekimliği uzmanlık eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu edip etmediği, afet tıbbı hakkında bir eğitim almak isteyip istemediği, bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak isteyip

istemediği ile alakalı afetlerle mücadele konusundaki arzularını sorgulayan sorular yöneltilmiştir.

Ayrıca sağlıkta afet yönetimindeki görev tanımlarından 20 tanesi aile hekimliği asistanlarına sorulmuştur. “Görev tanımları arasında hangileri aile hekiminin görevidir?” sorusuna “Hayır görevi değildir”, “Evet görevidir” ya da “Fikrim yok” şeklinde cevaplamaları istenmiştir. Bu görev tanımları, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberinde” “Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri” başlığı altında irdelenen görev tanımlarıdır. Bu görev tanımlarından 14 tanesi doğru önermeyken 6 tanesi yanlış önermedir. Ayrıca afet öncesi, sırası ve sonrasındaki sorgulanan görevlerin soru sayıları, cevapları ve anketteki yerleri aşağıdaki gibidir.

**Afet öncesindeki görev tanımlarını sorgulayan soru grubu: 6 tane**

1. Bölgesinde risk ve kaynak analizi yaparak afet planını hazırlar.
3. Halka yönelik ilk yardım bilinci oluşturmak üzere planlama yapar, yapılan planlamalar doğrultusunda eğitim çalışmalarını yürütür.
4. Günlük hayatta karşılaşılabilecek kazalar ve riskli durumlar için halkın bilinç seviyesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapar.
11. Aşı, ilaç ve tıbbi malzeme temini ve stoklamasını yapar.
16. Afet planı çerçevesinde gerekli halk ve personel eğitimlerini yapar.
17. Afet planı dâhilinde tatbikatlar yapar.

**Afet sırasındaki görev tanımlarını sorgulayan soru grubu: 8 tane**

2. Afet planının uygulama ve tedavi edici hizmetlerde bulunur.
5. Afet sırasında bölgesindeki acil sağlık hizmetleri istasyonlarına gerekli *lojistik desteği* verir.\*
6. Afet sırasında akut tıbbi müdahalede bulunur.
14. Afet nedeni ile meydana gelen ölümlerde ölümlerin kimliklerinin tespiti ve gömme işlemleri ile ilgili *idari ve dini bütün işlemleri* yapar.\*
15. Afetten etkilenenlere *her türlü* tıbbi müdahaleleri yapar ve kayıtları tutar.\*
18. Acil müdahaleyi yapar ve gerekiyorsa uygun sağlık kurumuna *nakleder*.\*



19. Gerekli ise *uygun ekibi yönlendirir* veya danışmanlık hizmeti verir.\*  
20. Gerekliyse afetzedenin *naklini sağlar* veya yerinde bırakır.\*

**Afet sonrasındaki görev tanımlarını sorgulayan soru grubu: 6 tane**

7. Afet sonrasında halkın rehabilitasyonunda bulunur.  
8. Afet sonrasında halka psikolojik destekte bulunur.  
9. Çocuklar için gerekli psikolojik ve barınma, beslenme, eğitim gibi özel tedbirlerin alınmasını takip eder.  
10. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sorumlu olduğu nüfusu bilgilendirir, kişisel tedbirlerin alınmasını sağlar.  
12. Aşılama, kemoprofilaksi, sağlık eğitimi yaparak olağan hizmetler düzeyine gelmeye çalışır.  
13. Barındırma, su güvenliği, gıda güvenliği, vektör kontrolü, atık kontrolü vb çevresel güvenlik tedbirlerini alır.

Not: “\*” yanlış önermeleri göstermektedir. “*İtalik yazı*” ise o yanlış önermedeki yanlış ifadeyi göstermektedir.

En son olarak konuyu özetler mahiyette “Aile hekiminin afetlerde bir rolü olmalı mı?” sorusu ile “Afet tıbbı alanında bir yandal ihdas edilirse aile hekimliği uzmanları başvurmalı mı?” sorusu ve bu konu da uzmanlaşmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Toplamda ise çoktan seçmeli olan 24 adet soru katılımcılara yöneltilmiştir. Bunlardan görev tanımları sorusu tablo halinde 20 önermeli bir soru olarak hazırlanmıştır.

Anketin çok uzun olmamasına dikkat edilmiştir. Anketin optimum sürede uygulanması adına 15-20 dakikada yanıtlanabileceği hesaplanmıştır. Böylelikle katılımın artırılması ve verilen cevapların kaliteli olması hedeflenmiştir. Araştırmadaki soruların hepsini yanıtlamayan hekimlerin anketleri değerlendirme dışına alınmıştır. Eksiksiz cevaplayanların anketleri geçerli sayılmış ve değerlendirmeye alınarak analizleri yapılmıştır.

**4.5.5. Araştırmanın İnsan Gücü**

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından toplanmıştır.

#### 4.5.6. Araştırmanın Ön Denemesi

Anket oluşturma süreci tamamlandıktan sonra, pilot çalışmaya geçilerek soruların uygun bir şekilde anlaşılır tarzda olup olmadığı ile alakalı olarak farklı illerde çalışan aile hekimlerine hazırlanan anketler uygulanmıştır. Pilot çalışma sonrası anketteki net anlaşılmadığı düşünülen 3 soru çıkartılmıştır. Anketlerin yanıtlanma süresi yaklaşık 15-20 dakika olmuştur. Son haliyle pilot çalışma bu sefer daha büyük bir grup ile tekrarlanmıştır. Bu tekrarlanan pilot çalışma 105 adet Aile Hekimi ile internet üzerinden doldurulan anket sistemiyle (www.surveey.com) yapılmıştır. Sorulara istenilen uygun cevapların verildiğinin anlaşılması üzerine anket son halini almıştır.

#### 4.5.7. Araştırma Verilerinin Analizi

İstatistiksel değerlendirme “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 20 (IBM SPSS Inc., Chicago, IL)” programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Sayısal ortalama±standart sapma olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Sayısal değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında student T testi veya Mann-Whitney U testi kullanılmıştır, üç grup karşılaştırmalarında çift yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin kıyaslanmasında Ki-Kare ve Fisher’in Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberinde”, “Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri” başlığı altında irdelenen görev tanımlarından afet yönetimine ait sorulan önermelerden “Görev tanımları arasında hangileri aile hekiminin görevidir?” sorusuna “Hayır görevi değildir”, “Evet görevidir” ya da “Fikrim yok” şeklinde cevaplamaları istenmiştir. Bu görev tanımlarından 14 tanesi doğru önermeyken 6 tanesi yanlış önermedir. Afet öncesinde, sırasında ve sonrasında sorulan doğru önermelerde “Hayır görevi değildir” cevabına 1, “Fikrim yok” cevabına 2 ve “Evet doğrudur” cevabına 3 skoru verildi, yanlış önermelerde ise “Hayır görevi değildir” cevabına 3, “Fikrim yok” cevabına 2 ve “Evet doğrudur” cevabına 1 skoru verilmiştir. Her bir bireyin cevap verdikleri skorlar toplanmış ve toplam soru sayısına bölünmüştür. Böylece her bireyin afet ile ilgili ortalama bilgi düzeyine ulaşılmıştır.

Ortalama bilgi düzeyi 1,5'in altında olan AHA'larının düşük skoru işaretlemelerinden dolayı "bilgi düzeyi yetersiz", Ortalama bilgi düzeyi olan 1,5 ve 2,5 arasında olan AHA'ların "Fikrim yok" cevabına karşılık gelen 2 skoruna yakın olması nedeniyle afet tıbbi ile ilgili bilgi düzeyi hakkında "fikri olmadığı", Ortalama bilgi düzeyi 2,5 ve üzerinde olan AHA'ların "Evet doğrudur" cevabına karşılık 3 skoruna yakın olması nedeniyle afet tıbbi ile ilgili bilgi düzeyinin "yeterli" olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Afet yönetimine ait bilgi düzeylerini ölçen 3'lü likert tipinde hazırlanan 20 önermenin güvenilirliğini ölçmek amacıyla Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmış ve  $\alpha$  değeri 0,89 olarak bulunmuştur

İstatistiksel analizlerde  $p < 0.05$  değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

#### **4.5.8. Araştırmanın Etik Konuları ve İzinleri**

Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmakta olan yardımcı araştırmacının tezi için Sağlık Bakanlığı bünyesi dışından sorumlu araştırmacı ve tez danışmanı olarak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi'nin olması yönündeki yasal uygunluk araştırılmıştır. Gerekli yazışmalar sonunda Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın uygundur yazısı ile tez danışmanı belirlenmiştir (**EK 2**). Sonrasında çalışma için Etik Kurul izin safhasına geçilmiştir. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan 19.11.2014 tarihinde E-14-339 sayılı karar ile çalışma için etik kurul izni alınmıştır (**EK 3**).

İlgili kliniklerin Eğitim ve İdare Sorumluları ile Anabilim Dalı Başkanlarından araştırmanın uygulanması adına izinler alınmıştır. Ayrıca gerek duyulan hastanelerde Başhekimlik ve Dekanlık düzeyinde idari izinler de alınarak anketlerin yapılması sağlanmıştır. Ayrıca belirtildiği gibi katılımcıların sözlü ve yazılı onamı alınmıştır.

#### **4.5.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi**

Araştırmanın zaman çizelgesi Tablo 4.3' de detaylı bir şekilde verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Araştırmanın Zaman Çizelgesi

|                         | Kasım<br>Aralık<br>2013 | Ocak<br>Nisan<br>2014 | Mayıs<br>Eylül<br>2014 | Kasım<br>2014 | Aralık<br>2014 | Ocak<br>2015 | Şubat<br>2015 | Mart<br>2015 |
|-------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|---------------|----------------|--------------|---------------|--------------|
| <b>Konu seçimi</b>      | XXX                     |                       |                        |               |                |              |               |              |
| <b>Kaynak İnceleme</b>  | XXX                     | XXX                   | XXX                    | XXX           | XXX            | XXX          | XXX           | XXX          |
| <b>Hazırlık aşaması</b> |                         | XXX                   | XXX                    | XXX           |                |              |               |              |
| <b>Ön çalışma</b>       |                         |                       | XXX                    | XXX           | XXX            |              |               |              |
| <b>Kurum İzinleri</b>   |                         |                       | XXX                    | XXX           | XXX            | XXX          |               |              |
| <b>Veri toplama</b>     |                         |                       |                        |               |                | XXX          | XXX           |              |
| <b>Veri girişi</b>      |                         |                       |                        |               |                | XXX          | XXX           |              |
| <b>Analiz</b>           |                         |                       |                        |               |                |              | XXX           |              |
| <b>Yazım</b>            |                         |                       |                        |               |                |              | XXX           | XXX          |

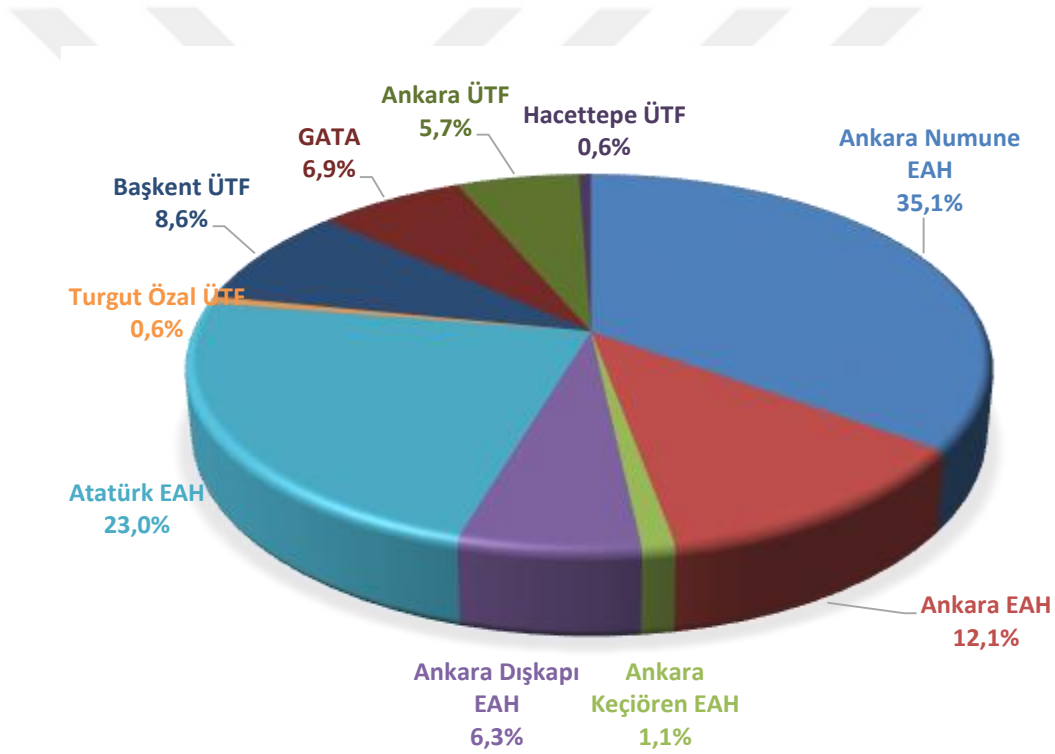
#### **4.5.10. Araştırmanın Bütçesi**

Personel giderleri için ayrıca bir gider tespit edilmemiş olup araç- gereç giderleri olarak anket formlarının basılması ve çoğaltılması için 150 tl ayrılmıştır. Seyahat ve haberleşme giderleri olarak ise 200 tl ayrılmıştır. Veri işleme, analiz giderleri 500 tl olarak hesaplanmış olup tüm giderler araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Her hangi bir kurumdan ek bütçe talep edilmemiştir.

## 5. BULGULAR

Ankara genelinden araştırmaya davet edilen AHA' dan anketi eksiksiz dolduran 118 kadın ve 56 erkek olmak üzere 174 katılımcı çalışmaya dâhil edildi. Çalışmaya kabul edilen katılımcıların yaş aralığı 24 - 48 arasında olup yaş ortalaması  $29,2 \pm 3,8$  yıldır. Katılımcıların %35,6'sı (n=62) bekar, %4,2'si (n=7) eşinden ayrılmış (n=6) yada eşi vefat etmiş (n=1), %60,3'ü (n=105) evli idi, ayrıca %73'ü çocuk sahibi değilken, %21,3'ü (n=37) 1 çocuğu ve %5,7'nin (n=10) 2 çocuğu mevcuttu. Yaş, medeni durum ve çocuk sayısı cinsiyete göre farklılık göstermedi.

Katılımcı hekimlerin dağılımı Şekil 5.1'de verilmiştir.

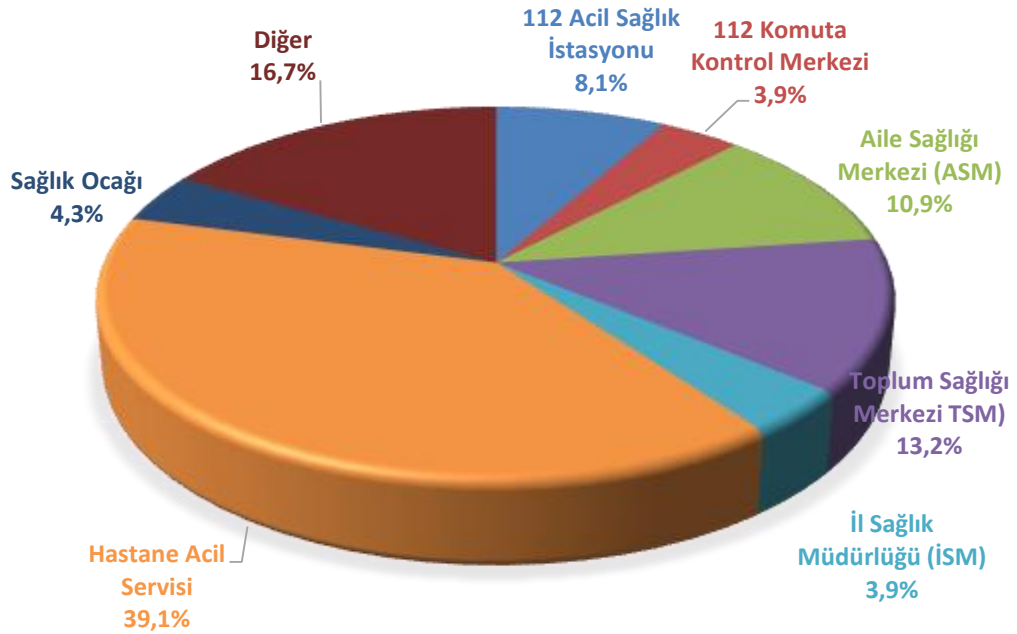


**Şekil 5.1.** Aile Hekimliği Asistanlarının Görev Aldıkları Hastanelere Göre Dağılımı

Hekimlerin %15,5'i yalnız, %14,9'u Anne-Baba, %33,9'u sadece eşleri, %25,3'ü eş ve çocukları, %10,3'ü de diğer (ev ark vb) yaşam biçimine sahipti ve kadın ve erkek katılımcı hekimlerde yaşam biçimi farklılık göstermedi ( $p=0,412$ ). Tüm katılımcı hekimler en az 1 ay en çok 216 ay görev yapmakla birlikte ortalama çalışma süresi 29,5 aydı ve erkeklerin görev süresi kadınlara kıyasla yüksek olsa da

istatistiksel olarak anlamlı değildi (33,5 vs 27,5;  $p=0,099$ ). Aile hekimi olarak görev yapan hekimlerin ortalama çalışma süresi 11 ay olmakla birlikte cinsiyete göre farklılık göstermedi (12,5 vs 11;  $p=0,931$ ).

Katılımcı hekimlerin %12,1'i 112 Acil sağlık istasyonunda, %5,7'si 112 komuta kontrol merkezinde, %16,1'i aile sağlığı merkezinde, %19,5'i toplum sağlığı merkezinde, %5,7'si il sağlık müdürlüğünde, %58'i Hastane acil servisinde, %6,3'ü sağlık ocağında ve %24,7'si diğer kurumlarda daha önce görev aldıklarını belirtti ve daha önce çalışılan kurumlar cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermedi ( $p=0,114$ ) (Şekil 5.2).



**Şekil 5.2.** Aile Hekimliği Asistanlarının Daha Önce Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımları

Ayrıca katılımcıların demografik özellikleri Tablo 5.1'de detaylı olarak gösterildi.

**Tablo 5.1.** Aile Hekimliği Asistanlarının Demografik Bulguları ve Cinsiyete Göre Dağılımları

| Demografik Bulgular                 | Tüm popülasyon | Erkek       | Kadın       | p      |
|-------------------------------------|----------------|-------------|-------------|--------|
| <b>Yaş</b>                          | 29,2±3,8       | 29,5±4      | 29±3,7      | 0,496  |
| <28                                 | 63(36,2)       | 21(37,5)    | 42(35,6)    | 0,876  |
| 28-30                               | 72(41,4)       | 21(37,5)    | 51(43,2)    |        |
| 30>                                 | 39(22,4)       | 14(25,0)    | 25(21,2)    |        |
| <b>Medeni Durum</b>                 |                |             |             |        |
| Bekar                               | 62(35,6)       | 23(41,1)    | 39(33,1)    | 0,589  |
| Eşinden ayrılmış/Eşi ölmüş          | 7(3,4)         | 2(3,6)      | 5(4,2)      |        |
| Evli                                | 105(60,3)      | 31(55,4)    | 74(62,7)    |        |
| <b>Çocuk Sayısı</b>                 |                |             |             |        |
| 0                                   | 127(73,0)      | 41(73,2)    | 86(72,9)    | 0,829  |
| 1                                   | 37(21,3)       | 11(19,6)    | 26(22,0)    |        |
| 2                                   | 10(5,7)        | 4(7,1)      | 6(5,1)      |        |
| <b>Görev Aldığı Hastane</b>         |                |             |             |        |
| Ankara Numune EAH                   | 61(35,1)       | 16(28,6)    | 45(38,1)    | 0,001* |
| Ankara EAH                          | 21(12,1)       | 9(16,1)     | 12(10,2)    |        |
| Ankara Keçiören EAH                 | 2(1,1)         | 0(0)        | 2(1,7)      |        |
| Ankara Dışkapı EAH                  | 11(6,3)        | 4(7,1)      | 7(5,9)      |        |
| Atatürk EAH                         | 40(23)         | 9(16,1)     | 31(26,3)    |        |
| Turgut Özal ÜTF                     | 1(0,6)         | 0(0)        | 1(0,8)      |        |
| Başkent ÜTF                         | 15(8,6)        | 5(8,9)      | 10(8,5)     |        |
| GATA                                | 12(6,9)        | 11(19,6)    | 1(0,8)      |        |
| Ankara ÜTF                          | 10(5,7)        | 1(1,8)      | 9(7,6)      |        |
| Hacettepe ÜTF                       | 1(0,6)         | 1(1,8)      | 0(0)        |        |
| <b>Evde yaşam biçimi</b>            |                |             |             |        |
| Yalnız                              | 27(15,5)       | 10(17,9)    | 17(14,4)    | 0,412  |
| Anne-Baba                           | 26(14,9)       | 11(19,6)    | 15(12,7)    |        |
| Eş                                  | 59(33,9)       | 15(26,8)    | 44(37,3)    |        |
| Eş ve Çocuklar                      | 44(25,3)       | 16(28,6)    | 28(23,7)    |        |
| Diğer                               | 18(10,3)       | 4(7,1)      | 14(11,9)    |        |
| <b>Çalışma Süresi (Hekim)</b>       | 29,5(1-216)    | 33,5(1-170) | 27,5(1-216) | 0,099  |
| <b>Çalışma Süresi (AHA)</b>         | 11(1-42)       | 12,5(1-36)  | 11(1-42)    | 0,931  |
| <b>Daha Önce Çalışılan Kurumlar</b> |                |             |             |        |
| 112 Acil Sağlık İstasyonu           | 21(12,1)       | 9(16,1)     | 12(10,2)    | 0,114  |
| 112 Komuta Kontrol Merkezi          | 10(5,7)        | 2(3,6)      | 8(6,8)      |        |
| Aile Sağlığı Merkezi (ASM)          | 28(16,1)       | 7(12,5)     | 21(17,8)    |        |
| Toplum Sağlığı Merkezi TSM)         | 34(19,5)       | 9(16,1)     | 25(21,2)    |        |
| İl Sağlık Müdürlüğü (İSM)           | 10(5,7)        | 2(3,6)      | 8(6,8)      |        |
| Hastane Acil Servisi                | 101(58,0)      | 35(62,5)    | 66(55,9)    |        |
| Sağlık Ocağı                        | 11(6,3)        | 2(3,6)      | 9(7,6)      |        |
| Diğer                               | 43(24,7)       | 17(30,4)    | 26(22)      |        |

Kısaltmalar: ÜTF: Üniversite Tıp Fakültesi, EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AHA: Aile Hekimliği Asistanı

\*p<0,05 istatistiksel anlamlılık

## 5.1. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet ile ilgili Eğitim Durumları

### Afet Tıbbı Eğitimi Görme:

Asistan hekimlere “Şu an çalıştığınız klinikte afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?” diye soruldu. 145 kişi almadığını ve 13 kişi hatırlamadığını ifade etti. Yalnızca 16 kişi (% 9.2) eğitim aldığını belirtti ve eğitim aldığını belirten erkek katılımcıların oranı kadınlara kıyasla yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p=0,500$ ).

Ayrıca asistanlığa yeni başlamış hekimlerin oryantasyon eğitimlerinde ya da eğitim yılı başında o senenin anlatılacak konuları belirtilmiş olup ta henüz işlenmemiş bir afet tıbbı ile alakalı ders olup olmadığı “Asistanlık eğitim müfredatınızda afet tıbbı hakkında herhangi bir ders var mı?” sorusuyla tespit edilmek istendi. Bu soruya verilen yanıtlara bakıldığında sadece %1,1’inin ( $n=2$ ) Evet/Var dediği görüldü. Geriye kalan 68 kişi bilmediğini ve 104 kişi de böyle bir dersin olmadığını belirtti ve bu görüş cinsiyete göre farklılık göstermedi ( $p=0,354$ ).

Diğer taraftan afet yönetimi ile alakalı eğitimi alıp almadığıyla alakadar sorgulamanın yalnız aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecine münhasır kalmaması istendi. Tüm tıp eğitimi veya daha önce çalıştığı yerlerde almış oldukları sürekli tıp eğitimi çerçevesinde bu konunun irdelenip irdelenmediği “Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuyla genel bir çerçeve de tekrar soruldu. Böylelikle aslında katılımcıların tüm eğitim hayatı yani lisan öncesi, sırası ve sonrasını da kapsayan genel bir eğitim- öğretim süreçleri sorgulanmış oldu.

Buna göre % 74,7’si ( $n=130$ ) kişi hayatının herhangi bir döneminde afet ile alakalı herhangi bir ders almadığını belirtti. On yedi kişi (%9,8) ise hatırlamadığını ifade ederken 27 kişi (%15,5) bu konu ile alakalı ders gördüğünü belirtti. Evet ders gördüm diyenlere ayrıca gördüğü eğitimin yerini, türünü ve kaç saatlik eğitim aldığını belirtmesi istendi. Verilen cevaplar incelendiğinde; 1 kişinin lisans öncesi dönemde, 13 kişinin lisans eğitiminin yani tıp fakültesi eğitiminin değişik dönemlerinde ve 4 kişinin ise lisans sonrası asistanlık eğitimi öncesinde çalıştığı yerlerde toplamda genelde 1 ya da 2 saatlik eğitimler aldıkları tespit edildi. Ayrıca 4 kişi de asistanlık döneminin değişik yer ve zamanlarında yine 1 ya da 2 saatlik eğitim aldıklarını belirttiler fakat bu bulgular cinsiyete göre farklılık göstermedi ( $p=0,469$ ).



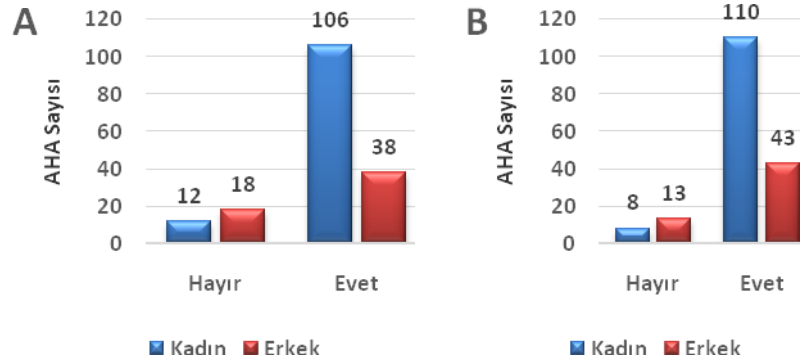
## 5.2. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Tıbbı Eğitimi ile ilgili İsteklilikleri

### AHU Eğitimi Müfredatında Afet Tıbbı Eğitimine Yer Verme:

Asistan hekimlere “Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eder misiniz ?” şeklindeki soruyla bu konuyu öğrenmeye istekli olup olmadıkları öğrenilmeye çalışıldı. Buna göre; Hayır cevabı veren hekimlerin oranı %17,2 iken Evet diyen hekimlerin oranı %82,8’i kendi eğitim müfredatlarında afet tıbbının ciddi bir şekilde ele alınıp anlatılması gerektiğini üstüne basarak ifade ettiler. Erkek hekimlerde evet diyenlerin yüzdesinin kadın hekimlerde evet diyen hekimlere kıyasla daha düşük olduğu görüldü (%67,9 vs %89,8;  $p=0,001$ ) (Şekil 5.3A).

### Afet Tıbbı Eğitimi Almayı İsteme:

AHA’lara “Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak ister misiniz?” şeklinde bu konuyu pekiştiren başka bir soru daha soruldu. AHA’ların %87,9’u (n:153) afet tıbbı hakkında eğitim almak istediklerini belirtirken sadece 21 kişi istemediğini söyledi. Kadın katılımcılarda evet diyenlerin yüzdesi erkek katılımcılarınkine kıyasla daha yüksek çıktı (%76,8 vs %93;  $p=0,004$ ) (Şekil 5.3B).



**Şekil 5.3. A:** Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine Göre Uzmanlık Eğitimi Müfredatında Afet Tıbbı Eğitimlerine Yer Verilmesini İsteme Durumlarının Dağılımı

**B:** Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine Göre Afet Tıbbı Eğitimi Alma İsteklerinin Dağılımı

Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Tıbbı hakkında eğitim görme durumları ve eğitim alma isteklerinin dağılımı detaylı olarak Tablo 5.2’de gösterildi.

**Tablo 5.2.** Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine Göre Afet Tıbbı Hakkında Eğitim Görme Durumlarının ve Eğitim Alma İsteklerinin Dağılımları

| Demografik Bulgular                                 | Tüm popülasyon | Erkek    | Kadın     | p      |
|-----------------------------------------------------|----------------|----------|-----------|--------|
| <b>Görev Yerinde AT Eğitimi</b>                     |                |          |           |        |
| Almadım                                             | 145(83,3)      | 44(78,6) | 101(85,6) | 0,500  |
| Aldım                                               | 16(9,2)        | 7(12,5)  | 9(7,6)    |        |
| Hatırlamıyorum                                      | 13(7,5)        | 5(8,9)   | 8(6,8)    |        |
| <b>Önceki Eğitim Sürecinde AT Dersi</b>             |                |          |           |        |
| Yok                                                 | 104(59,8)      | 36(64,3) | 68(57,6)  | 0,354  |
| Var                                                 | 2(1,1)         | 0(0)     | 2(1,7)    |        |
| Hatırlamıyorum                                      | 68(39,1)       | 20(35,7) | 48(40,7)  |        |
| <b>AHU eğitiminde AT'nin ciddi irdelenme isteği</b> |                |          |           |        |
| Hayır                                               | 30(17,2)       | 18(32,1) | 12(10,2)  | 0,001* |
| Evet                                                | 144(82,8)      | 38(67,9) | 106(89,8) |        |
| <b>AT hakkında eğitim (kurs) alma</b>               |                |          |           |        |
| Hayır                                               | 130(74,7)      | 41(73,2) | 89(75,4)  | 0,469  |
| Hatırlamıyorum                                      | 17(9,8)        | 4(7,1)   | 13(11)    |        |
| Evet                                                | 27(15,5)       | 11(19,6) | 16(13,6)  |        |
| <b>AT hakkında eğitim alma isteği olanlar</b>       | 153(87,9)      | 43(76,8) | 110(93,2) | 0,004* |

Kısaltmalar: AT: Afet Tıbbı, AHU: Aile Hekimliği Uzmanlık

\*p<0,05 istatistiksel anlamlılık

### 5.3. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet ile ilgili Deneyimleri

#### Afet Tatbikatına Katılma:

Asistan hekimlerin tatbikat deneyimleri ve tecrübeleri sorgulandı. “Bugüne kadar afetle alakalı herhangi bir tatbikata katıldınız mı ?” şeklindeki soruya % 16,7’si (n=29) katıldığını ifade etti. Cinsiyete göre katılım arasında farklılık çıkmadı (p=0,516). Geriye kalan %83,3’ü (n=145) daha önce herhangi bir afet tatbikatına hayatı boyunca katılmadığını belirtti.

Katılanlara ayrıca katıldıkları tatbikatların türü ve yeri soruldu. Yanıtlara bakıldığında 10 kişi deprem; 5 kişi yangın; 8 kişi de genel olarak tatbikatlara katıldığını belirttikleri görüldü. Geriye kalanların bazıları ise türünü belirtmedikleri ancak yerini ve zamanını belirttikleri görüldü. Buna göre 10 kişi daha önce çalıştığı yerlerde, 6 kişi lisans öncesi lise ve ortaokulda, 1 kişi lisans eğitimi sırasında ve 1

kişi de şu an çalıştığı aile hekimliği kliniği uzmanlık eğitimi rotasyonunda afet tatbikatlarına katıldığını ifade etti.

### **Afet Planı Yapma ve Uygulama:**

Katılımcılara “Bugüne kadar bir afet planı oluşturulmasında ya da uygulamasında görev aldınız mı?” sorusu yöneltilerek afet yönetim sürecinin en mühim basamaklarından olan afet öncesi hazırlık aşaması konusundaki tecrübeleri soruldu.

Sadece %5,7’si (n:10) tüm meslek hayatı müddetince herhangi bir afet planı oluşturulmasında görev aldığını belirtti ve erkeklerde bu durum kadınlara kıyasla daha yüksek bulundu (14,3 vs %1,7;  $p=0,001$ ). Ayrıca yerini ve görevini belirtmesi istendi. Buna göre sağlık grup başkanı, yeşil alan sorumlusu, ilk yardım istasyonu doktoru, enkaz altında kalana yardım eden hekim, sahra hastanesi doktoru, çocuk acilde hastaların çıkarılmasında çalışan sağlık profesyoneli olarak vazife aldıklarını belirttiler. Yer olarak ise Simav; Ankara; Tatvan; Gölcük; Yozgat gibi Türkiye’nin değişik bölgelerinde görevlendirildiklerini ifade ettiler.

Geriye kalan 164 kişi ise hiçbir afet planında yer almadıklarını belirterek afet yönetiminin önemli parametrelerinden olan risk yönetimi konusundaki deneyimsizliklerini ortaya koydukları görüldü.

### **Afette Hekim Olarak Çalışma:**

Afet yönetim sürecinin kriz yönetimi kısmındaki afetlere müdahale konusundaki tecrübelerini öğrenmek adına katılımcılara “Daha önce bir afette hekimlik yaptınız mı?” sorusu yöneltildi.

Yalnızca 4 kişi yani tüm katılımcıların % 2,3’ ü daha önce bir afette görev aldıkları yönünde bu soruya cevap verdiler ve kadın-erkek katılımcılarda evet cevabı verenlerin oranı farklılık göstermedi ( $p=0,750$ ). Hangi yerde görev aldıkları sorulduğunda ise; Van depreminde, Simav depreminde, Gölcük depreminde ve İstanbul’da görev aldıklarını belirttiler.

Bu hekimlere ayrıca bu afette gönüllü olarak gidip de mi çalıştıkları yoksa hâlihazırda afet sırasında o yerde mi çalıştıkları ya da görevlendirilme şeklinde mi

çalıştıkları soruldu. 2 kişi gönüllü olarak katıldığını, 1 kişi görevlendirildiğini ve diğer 1 kişi de afet sırasında orada zaten çalıştığını belirtti.

Diğer taraftan 170 kişi yani asistan hekimlerin % 97,7'si herhangi bir afette hekim olarak çalışmadıklarını ifade ettiler.

#### **5.4. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet ile ilgili Tutum ve Davranışları**

##### **Gönüllü Kuruluş veya Kurumlarına Üye Olma:**

Asistan hekimlere “Afetlerle mücadelede herhangi bir gönüllü sivil toplum kuruluşuna ya da herhangi bir kuruma üyeliğiniz var mı?” diye sorularak bu konu hakkındaki bir nevi davranışı öğrenilmeye çalışıldı.

Sadece 2 kişi (1 kadın 1 erkek) yani ankete katılan hekimlerin %1,1' i üyeliğinin olduğunu belirtti. Bu kurumun ise UMKE olduğunu beyan etti.

Geriye kalan 172 kişi ise üyeliklerinin bulunmadığı işaretledi.

##### **Afette Gönüllü olarak Çalışma İsteği:**

Diğer taraftan AHA'ların “Bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak ister misiniz?” sorusuyla afet yönetimine dâhil olma istekleri konusundaki tutumlarının ne olacağı sorgulandı. Buna göre; yüksek bir oranda (%62,1) AHA'ların gönüllü olarak bir afette çalışmak istedikleri ortaya çıktı ve isteklilik kadın ve erkek AHA'larda benzer oranda idi (%60,7 vs %62,7), fakat hayır cevabı verenlerde erkeklerin oranı daha yüksek iken, fikrim yok diyenlerde kadınların oranı daha yüksekti, genel olarak gönüllü olarak çalışma isteğine evet cevabı erkek ve kadın AHA'ların oranı; hayır ya da fikrim yok diyen kadın ve erkek AHA'lara kıyasla oranı daha yüksekti (p=0,011).

#### **5.5. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Yönetimi ve Tıbbi ile ilgili Düşünceleri ve Afet Yaşama Durumları**

##### **Aile Hekiminin Afette Rolü:**

Aile hekimliği asistanlarına “Size göre aile hekiminin afetlerde bir rolü olmalı mı ?” sorusu yöneltilerek genel olarak afet yönetimindeki kendi rolünün gerekliliği yönündeki düşüncesi soruldu. Buna göre % 79,9'u (n:139) afet yönetiminde kendi

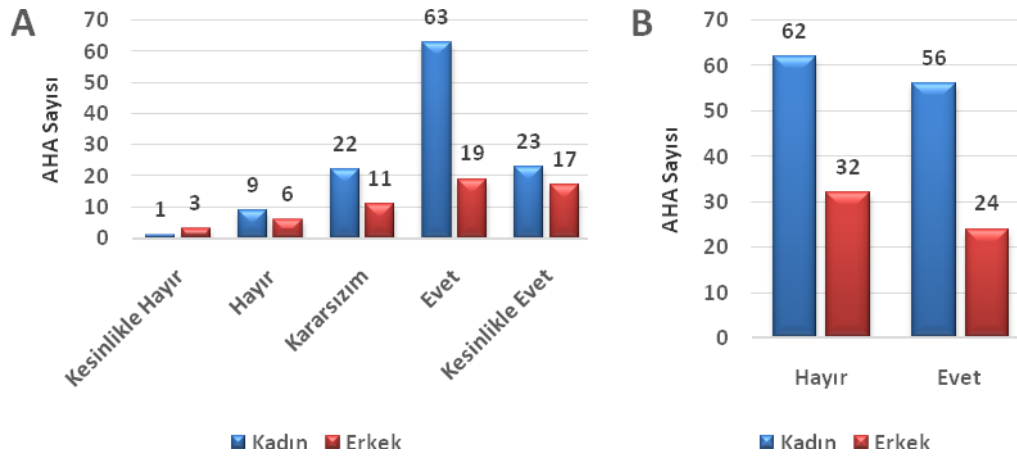
rolünün olması gerektiğini ifade ederken %9.8'i (n:17) bu konuya temkinli yaklaşarak fikrinin olmadığını belirtti. 18 kişi ise bu soruyu olumsuz olarak yanıtladı. Afetlerde aile hekiminin rolü olmalı diyen erkek ve kadın AHA'ların oranı hayır yada fikrim yok diyen kadın ve erkek AHA'ların oranına kıyasla daha yüksekti, ayrıca evet diyen grupta kadın AHA'ların oranı da yüksekti ( $p=0,023$ ).

#### **Afet Tıbbı'na Yan dal olarak Başvurabilme:**

AHA'lara ayrıca "Gelecekte afet tıbbı alanında bir yan dal ihdas edilirse aile hekimleri bu yan dala başvurabilmeli mi?" şeklinde bir soru daha soruldu. Buna göre; katılımcıların %23'ü kesinlikle evet, %47,1'i evet, %19'u kararsız, %8,6'sı hayır, %2,3'ü kesinlikle hayır cevabı verdi. Evet cevabı veren katılımcılarda kadınların oranı erkeklere kıyasla daha yüksek olup düşünce farklılığı cinsiyete göre farklılık gösterdi ( $p=0,042$ ) (Şekil 5.4A).

Ayrıca olumlu cevap verenlerin (n:122 ; %70,1) tümünün cevaplamalarının istendiği, buna rağmen kararsız kalanlarının da bir kısmının (n:11) cevapladığı "**siz bu konuda uzmanlaşmak ister misiniz?**" sorusuna 80 kişi olumlu cevap verdi, ayrıca olumlu cevap verenlerin oranı tüm katılımcıların %60,2'sini oluşturuyordu (Şekil 5.4B).

Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarının cinsiyetlerine göre afet ile ilgili deneyimlerinin, afet yönetimi ve tıbbi ile ilgili bazı görüşlerinin dağılımı Tablo 5.3'de verildi.



**Şekil 5.4.** A: Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Tıbbı'na Yan Dal Olarak Başvurabilmeye Dair Görüşleri  
B: Afet Tıbbında Uzmanlaşmak İsteyen Hekimlerin Cinsiyete Göre Dağılımı

**Tablo 5.3.** Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine Göre Afet ile ilgili Deneyimlerinin, Afet Yönetimi ve Tıbbı ile ilgili Bazı Görüşlerinin Dağılımı

| Demografik Bulgular                                          | Tüm popülasyon | Erkek    | Kadın     | p      |
|--------------------------------------------------------------|----------------|----------|-----------|--------|
| Bugüne kadar Afet ile ilgili bir tatbikata katılma           | 29(16,7)       | 11(19,6) | 18(15,3)  | 0,516  |
| Afet planında görev alma                                     | 10(5,7)        | 8(14,3)  | 2(1,7)    | 0,001* |
| Bir afette hekim olarak çalışma                              | 4(2,3)         | 1(1,8)   | 3(2,5)    | 0,750  |
| Bu afetlerde gönüllü görev yapma                             | 2(50)          | 1(100)   | 1(33,3)   |        |
| Afetlerle mücadelede herhangi bir kuruma üyelik              | 2(1,1)         | 1(1,8)   | 1(0,8)    |        |
| Afet olsa gönüllü çalışma isteği                             |                |          |           |        |
| Hayır                                                        | 20(11,5)       | 12(21,4) | 8(6,8)    | 0,011* |
| Evet                                                         | 108(62,1)      | 34(60,7) | 74(62,7)  |        |
| Fikrim Yok                                                   | 46(26,4)       | 10(17,9) | 36(30,5)  |        |
| AHA'ların afetlerde bir rolü olmalı mı?                      |                |          |           |        |
| Hayır                                                        | 18(10,3)       | 11(19,6) | 7(5,9)    | 0,023* |
| Evet                                                         | 139(79,9)      | 39(69,6) | 100(84,7) |        |
| Fikrim Yok                                                   | 17(9,8)        | 6(10,7)  | 11(9,3)   |        |
| AT alanında bir yan dal ihdas edilirse AH başvurabilmeli mi? |                |          |           |        |
| Kesinlikle Hayır                                             | 4(2,3)         | 3(5,4)   | 1(0,8)    | 0,042* |
| Hayır                                                        | 15(8,6)        | 6(10,7)  | 9(7,6)    |        |
| Kararsızım                                                   | 33(19)         | 11(19,6) | 22(18,6)  |        |
| Evet                                                         | 82(47,1)       | 19(33,9) | 63(53,4)  |        |
| Kesinlikle Evet                                              | 40(23)         | 17(30,4) | 23(19,5)  |        |
| AT alanında uzmanlaşmak ister misiniz?                       | 80(60,2)       | 24(64,9) | 56(58,3)  | 0,556  |
| AHA: Aile Hekimliği Asistanı; AT:Afet Tıbbı                  |                |          |           |        |
| *p<0,05 istatistiksel anlamlılık                             |                |          |           |        |

### **Birey olarak Afet Yaşama Durumları:**

Daha önce bir afet yaşayıp yaşamadığı ile ilgili soruya katılımcıların % 33.9'u (n:59) afet yaşadığını belirterek bu soruya olumlu cevap verdiler. Bunlardan 54 kişi deprem, 1 kişi sel ve 1 kişi de yangın afeti yaşadığını yazdı. Kadınlarda afet yaşayanların oranı erkeklerde afet yaşayanlara kıyasla daha yüksekti (%19,6 vs %40,7; p=0,006), fakat afet yaşayan AHA'larda deprem, sel ve yangın açısından cinsiyete göre farklılık saptanmadı. Depremler arasında Marmara depremleri başı çekerken Adana, Van, Simav depremleri ise bunun arkasından gelmekteydi.

Bu kişilere ayrıca herhangi bir zarar görüp görmediği soruldu. Afet yaşayan 54 kişinin % 27.1' i ( n:16 ) diğer bir deyişle tüm katılımcıların %9.2'si yaşadığı afetten zarar gördüğünü belirtti. Zarar görmesi durumunu da bedenen, maddi ya da ruhsal olarak mı olduğunu belirtmesi istendi. 12 kişi ruhsal olarak etkilendiğini ve 2 kişi de maddi yönden zarara uğradığını ifade etti. Yaralanma durumlarının olmadığını belirttiler.

Geriye kalan 115 kişi yani katılımcıların üçte ikisi daha önce bir afet yaşamadığını ifade etti.

### **Yakınlarının Afet Yaşama Durumları:**

Katılımcılara ayrıca afetlere yaklaşım durumlarını değiştirebilecek başka bir soru yöneltildi: "Her hangi bir yakınınız afet nedeniyle zarar gördü mü?"

Bu soruya 159 kişi "Hayır" derken 15 kişi (%8,8) "Evet, zarar gördü" şeklinde yanıtladı. Bunlardan 4 kişi ailesinin, 3 kişi yakın akrabalarının, 4 kişi kuzenlerinin, 1 kişi arkadaşlarının, 1 kişi tüm akrabalarının ve 2 kişi de uzak akrabalarının bu afetten zarar gördüğünü belirtti.

Ayrıca ne tür bir zarara uğradığı sorusu da soruldu. Yakınlarının; 7 kişi maddi yönden zarara uğradığını, yine 7 kişi ruhsal olarak etkilendiğini, 3 kişi yaralandıklarını ve 4 kişi ise vefat ettiklerini belirtti.

Bu durumun katılımcıyı nasıl etkilediğini beşli likert şeklinde ayarlanan yanıtlara göre beyan etmesi istendi. 2 kişi "fazla etkilemedi", 6 kişi "etkiledi" ve 7 kişi ise "derinden etkiledi" şeklinde cevapladılar. "Hiç etkilemedi" ve "Ne etkiledi ne etkilemedi" şıkları ise boş kaldı.

Afet nedeniyle yakınları zarar gören katılımcıların tümü kadındı (%12,7; p=0,012). Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarının cinsiyetlerine göre birey olarak afet yaşama durumlarının, afet nedeniyle yakınlarının zarar görmesi ve etkilenmesi durumlarının dağılımı Tablo 5.4 'de detaylı bir şekilde gösterildi.

**Tablo 5.4.** Birey Olarak Afet Yaşayan Aile Hekimliği Asistanlarının Dağılımı ve Afet Nedeniyle Yakınlarının Zarar Görmesi ve Etkilenme Düzeyi

| Afet Yaşama Durumu. Yakınlarının Zarar Görmesi veya Etkilenmesi Durumu | Tüm popülasyon | Erkek    | Kadın    | p      |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|----------|--------|
| Bugüne kadar Afet yaşama                                               | 59(33,9)       | 11(19,6) | 48(40,7) | 0,006* |
| Deprem                                                                 | 54(91,5)       | 11(100)  | 46(95,8) | 0,819  |
| Sel                                                                    | 1(1,6)         | 0(0)     | 1(2,1)   | 0,421  |
| Yangın                                                                 | 1(1,6)         | 0(0)     | 1(2,1)   | 0,421  |
| Afette Zarar Görme                                                     | 16(27,1)       | 2(18,2)  | 14(29,2) | 0,716  |
| Hayır                                                                  | 2(12,5)        | 0(0)     | 2(14,3)  | 0,410  |
| Maddi kaybım oldu                                                      | 2(12,5)        | 0(0)     | 2(14,3)  |        |
| Ruhsal olarak etkilendim                                               | 12(75)         | 2(100)   | 10(71,4) |        |
| Afet nedeniyle yakınımın zarar görmesi                                 | 15(8,8)        | 0(0)     | 15(12,7) | 0,012* |
| Aile                                                                   | 4(26,7)        | 0(0)     | 4(26,7)  | 0,012* |
| Yakın Akraba                                                           | 3(20,0)        | 0(0)     | 3(20,0)  |        |
| Tüm Akraba                                                             | 1(6,7)         | 0(0)     | 1(6,7)   |        |
| Uzak Akraba                                                            | 2(13,4)        | 0(0)     | 2(13,4)  |        |
| Arkadaş                                                                | 1(6,7)         | 0(0)     | 1(6,7)   |        |
| Kuzen                                                                  | 4(26,7)        | 0(0)     | 4(26,7)  |        |
| Yakınımın Afette Zarar Görme Durumu                                    |                |          |          |        |
| Maddi kaybı oldu                                                       | 7(46,7)        | 0(0)     | 7(46,7)  | 0,012* |
| Yaralandı                                                              | 3(20)          | 0(0)     | 3(20)    |        |
| Ruhsal olarak etkilendi                                                | 7(46,7)        | 0(0)     | 7(46,7)  |        |
| Vefat etti                                                             | 4(20)          | 0(0)     | 4(20)    |        |
| Bu durum sizi nasıl etkiledi?                                          | 15(8,8)        | 0(0)     | 15(12,7) |        |
| Hiç etkilemedi                                                         | 0(0)           | 0(0)     | 0(0)     |        |
| Fazla etkilemedi                                                       | 2(13,3)        | 0(0)     | 2(13,3)  |        |
| Ne etkiledi, ne etkilemedi                                             | 0(0)           | 0(0)     | 0(0)     | 0,012* |
| Oldukça Etkiledi                                                       | 6(40,0)        | 0(0)     | 6(40)    |        |
| Derinden Etkiledi                                                      | 7(46,7)        | 0(0)     | 7(46,7)  |        |
| *p<0,05 istatistiksel anlamlılık                                       |                |          |          |        |

## 5.6. Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Yönetimi ile ilgili Bilgi Düzeyleri

AHA'lara afet öncesinde 6 adet, afet sırasında 8 adet ve afet sonrasında 6 adet olmak üzere 20 adet afet yönetimiyle ilgili görev tanımı verildi. Bunlar arasında hangilerinin aile hekiminin görevi olduğu soruldu. Böylelikle AHA'ların Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri



Uygulama ve Veri Seti Rehberindeki aile hekimlerinin afet yönetimindeki görev tanımlarını bilme durumları saptanmaya çalışıldı.

### **Afet Öncesi**

“Bölgesinde risk ve kaynak analizi yaparak afet planını hazırlar” görev tanımına AHA’ların %40,8’i (n=71) görevi değildir, %30,5’i (n=53) görevidir ve %28,7’si (n=50) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek AHA’ların çoğunluğu (%48,2) görevi olmadığını belirtirken, kadın AHA’larda verilen cevaplar 3 grupta da (Görevi değildir/Görevidir/Fikrim Yok) benzerdi.

“Halka yönelik ilk yardım bilinci oluşturmak üzere planlama yapar, yapılan planlamalar doğrultusunda eğitim çalışmalarını yürütür” görev tanımına AHA’ların %17,2’si (n=30) görevi değildir, %64,9’u (n=113) görevidir ve %17,8’si (n=31) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’ların çoğunluğu (%62,5 vs %66,1) görevi olduğunu belirtti (p=0,131).

“Günlük hayatta karşılaşılabilecek kazalar ve riskli durumlar için halkın bilinç seviyesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapar” görev tanımına AHA’ların %13,2’si (n=23) görevi değildir, %74,1’u (n=129) görevidir ve %12,6’si (n=22) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’ların çoğunluğu (%69,6 vs %76,3) görevi olduğunu belirtti (p=0,236).

“Aşı, ilaç ve tıbbi malzeme temini ve stoklamasını yapar” görev tanımına AHA’ların %23,6’sı (n=41) görevi değildir, %60,9’u (n=106) görevidir ve %15,5’i (n=27) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’ların çoğunluğu (%50 vs %66,1) görevi olduğunu belirtti (p=0,108).

“Afet planı çerçevesinde gerekli halk ve personel eğitimlerini yapar” görev tanımına AHA’ların %24,1’i (n=42) görevi değildir, %52,3’ü (n=91) görevidir ve %23,6’sı (n=41) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’ların çoğunluğu (%51,8 vs %52,5) görevi olduğunu belirtti (p=0,562).

“Afet planı dahilinde tatbikatlar yapar” görev tanımına AHA’ların %43,7’si (n=76) görevi değildir, %32,8’i (n=57) görevidir ve %23,6’sı (n=41) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’ların çoğunluğu (%50 vs %40,7) görevi olmadığını belirtti (p=0,177).

### Afet Sırası

“Afet planının uygular ve tedavi edici hizmetlerde bulunur” görev tanımına AHA’ların %19,5’i (n=34) görevi değildir, %61,5’i (n=107) görevidir ve %19’u (n=33) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’ların çoğunluğu (%50 vs %66,9) görevi olduğunu belirtti (p=0,106).

“Afet sırasında bölgedeki acil sağlık hizmetleri istasyonlarına gerekli lojistik desteği verir” yanlış önerme olarak sunulan görev tanımına AHA’ların %31’i (n=54) görevi değildir, %47,7’si (n=83) görevidir ve %21,3’u (n=37) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek AHA’larda verilen cevaplara kıyasla yeterli bilgisi olmadığı saptanırken, kadın AHA’larda yanlış önerme olarak sunulan görev tanımını çoğunluğu görevi olduğu yönünde kabul etti (%55,1) (p=0,017).

“Afet sırasında akut tıbbi müdahalede bulunur” görev tanımına AHA’ların %9,8’i (n=17) görevi değildir, %80,5’i (n=140) görevidir ve %9,8’i (n=17) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’ların çoğunluğu (%71,4 vs %84,7) görevi olduğunu belirtti (p=0,082).

“Afet nedeni ile meydana gelen ölümlerde ölümlerin kimliklerinin tespiti ve gömme işlemleri ile ilgili idari ve dini bütün işlemleri yapar” yanlış önerme olarak sunulan görev tanımına AHA’ların %66,1’i (n=115) görevi değildir, %14,9’u (n=26) görevidir ve %19’u (n=33) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’larda yanlış önerme olarak sunulan görev tanımını çoğunluğu görevi olmadığı yönünde idi (%64,3 vs %66,9; p=0,914).

“Afetten etkilenenlere her türlü tıbbi müdahaleleri yapar ve kayıtları tutar” yanlış önerme olarak sunulan görev tanımına AHA’ların %25,3’ü (n=44) görevi değildir, %52,3’ü (n=91) görevidir ve %22,4’ü (n=39) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’larda yanlış önerme olarak sunulan görev tanımını yaklaşık yarısı görevi olduğu yönünde yanıtladı (%44,6 vs %55,9; p=0,276).

“Acil müdahaleyi yapar ve gerekiyorsa uygun sağlık kurumuna nakleder” yanlış önerme olarak sunulan görev tanımına AHA’ların %13,2’si (n=23) görevi değildir, %77,6’sı (n=135) görevidir ve %9,2’si (n=16) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Yanlış önerme olarak sunulan görev tanımını görevi olduğu yönünde cevap veren kadın AHA’ların oranı erkek AHA’lara kıyasla daha yüksekti (%62,5 vs %84,7; p=0,005).

“Gerekli ise uygun ekibi yönlendirir veya danışmanlık hizmeti verir” yanlış önerme olarak sunulan görev tanımına AHA’ların %13,2’si (n=23) görevi değildir, %73,6’sı (n=128) görevidir ve %13,2’si (n=23) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Yanlış önerme olarak sunulan görev tanımını görevi olduğu yönünde cevap veren kadın AHA’ların oranı erkek AHA’lara kıyasla yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlılık göstermedi (%64,3 vs %78; p=0,138).

“Gerekliyorsa afetzedenin naklini sağlar veya yerinde bırakır” yanlış önerme olarak sunulan görev tanımına AHA’ların %13,8’i (n=24) görevi değildir, %70,1’i (n=122) görevidir ve %16,1’i (n=28) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’larda yanlış önerme olarak sunulan görev tanımını çoğunluğu görevi olduğu yönünde idi (%66,1 vs %72; p=0,606).

### **Afet Sonrası**

“Afet sonrasında halkın rehabilitasyonunda bulunur” görev tanımına AHA’ların %7,5’i (n=13) görevi değildir, %82,2’si (n=143) görevidir ve %10,3’ü (n=18) fikrinin olmadığı yönünde yanıt verdi. Erkek ve kadın AHA’larda “Afet sonrasında halkın rehabilitasyonunda bulunur” görev tanımını çoğunluğu görevi olduğu yönünde idi (%76,8 vs %84,7; p=0,212).

“Afet sonrasında halka psikolojik destekte bulunur” görev tanımına AHA’ların %8,6’sı (n=15) görevi değildir, %79,3’ü (n=138) görevidir ve %12,1’i (n=21) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’larda “Afet sonrasında halka psikolojik destekte bulunur” görev tanımını çoğunluğu görevi olduğu yönünde idi (%71,4vs %83,1; p=0,147).

“Çocuklar için gerekli psikolojik ve barınma, beslenme, eğitim gibi özel tedbirlerin alınmasını takip eder” görev tanımına AHA’ların %27’si (n=47) görevi değildir, %51,7’si (n=90) görevidir ve %21,3’ü (n=37) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA’larda “Çocuklar için gerekli psikolojik ve barınma, beslenme, eğitim gibi özel tedbirlerin alınmasını takip eder” görev tanımını yarısı görevi olduğu yönünde idi (%50 vs %52,5; p=0,124).

“Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sorumlu olduğu nüfusu bilgilendirir, kişisel tedbirlerin alınmasını sağlar.” görev tanımına AHA’ların %3,4’ü (n=6) görevi değildir, %89,1’i (n=155) görevidir ve %7,5’i (n=13) fikrinin olmadığı yönünde

cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA'larda "Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sorumlu olduğu nüfusu bilgilendirir, kişisel tedbirlerin alınmasını sağlar." görev tanımını çoğunluğu görevi olduğu yönünde idi ve kadın AHA'larda oran erkek AHA'lara kıyasla daha yüksekti (%80,4 vs %93,2; p=0,043).

"Aşılama, kemoprofilaksi, sağlık eğitimi yaparak olağan hizmetler düzeyine gelmeye çalışır." görev tanımına AHA'ların %6,9'u (n=12) görevi değildir, %83,3'ü (n=145) görevidir ve %9,8'i (n=17) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. Erkek ve kadın AHA'larda "Aşılama, kemoprofilaksi, sağlık eğitimi yaparak olağan hizmetler düzeyine gelmeye çalışır" görev tanımını çoğunluğu görevi olduğu yönünde idi ve kadın AHA'larda oran erkek AHA'lara kıyasla daha yüksekti (%73,2 vs %88,1; p=0,047). "Barındırma, su güvenliği, gıda güvenliği, vektör kontrolü, atık kontrolü vb. çevresel güvenlik tedbirlerini alır" görev tanımına AHA'ların %43,7'si (n=76) görevi değildir, %36,8'i (n=64) görevidir ve %19,5'i (n=34) fikrinin olmadığı yönünde cevap belirtti. "Barındırma, su güvenliği, gıda güvenliği, vektör kontrolü, atık kontrolü vb. çevresel güvenlik tedbirlerini alır" görev tanımını erkek AHA'larda çoğunluğu görevi olmadığı yönünde idi(%53,6), kadın AHA'larda ise görevi olmadığını/olduğunu söyleyen hastaların oranı (%39 / %42,4) birbirlerine yakındı, fakat verilen cevaplar cinsiyete göre değişiklik gösterse de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi (p=0,070). AHA'ların afet yönetimindeki görev tanımlarına ait verdikleri cevaplar Tablo 5.5'de detaylı olarak gösterildi.

**Tablo 5.5. Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine Göre Afet Yönetimindeki Görev Tanımlarını Bilme Durumlarının Dağılımı**

| AHA'ların Afet Yönetimindeki Görev Tanımlarını Bilme Durumları                                                                                     | Tüm Popülasyon     |           | Erkek         |                    | Kadın         |                    | P      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|--------|
|                                                                                                                                                    | Görevi<br>Değildir | Görevidir | Fikrim<br>Yok | Görevi<br>Değildir | Fikrim<br>Yok | Görevi<br>Değildir |        |
| <b>Afet Öncesi</b>                                                                                                                                 |                    |           |               |                    |               |                    |        |
| Bölgesinde risk ve kaynak analizi yaparak afet planını hazırlar                                                                                    | 71(40,8)           | 53(30,5)  | 50(28,7)      | 27(48,2)           | 14(25)        | 39(33,1)           | 0,382  |
| Halka yönelik ilk yardım bilinci oluşturmak üzere planlama yapar, yapılan planlamalar doğrultusunda eğitim çalışmalarını yürütür.                  | 30(17,2)           | 113(64,9) | 31(17,8)      | 14(25)             | 35(62,5)      | 78(66,1)           | 0,131  |
| Günlük hayatta karşılaşılabilecek kazalar ve riskli durumlar için halkın bilinç seviyesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapar.                   | 23(13,2)           | 129(74,1) | 22(12,6)      | 11(19,6)           | 39(69,6)      | 90(76,3)           | 0,236  |
| Aşı, ilaç ve tıbbi malzeme temini ve stoklamasını yapar.                                                                                           | 41(23,6)           | 106(60,9) | 27(15,5)      | 16(28,6)           | 28(50)        | 78(66,1)           | 0,108  |
| Afet planı çerçevesinde gerekli halk ve personel eğitimlerini yapar.                                                                               | 42(24,1)           | 91(52,3)  | 41(23,6)      | 16(28,6)           | 29(51,8)      | 62(52,5)           | 0,562  |
| Afet planı dahilinde tatbikatlar yapar.                                                                                                            | 76(43,7)           | 57(32,8)  | 41(23,6)      | 28(50)             | 13(23,2)      | 44(37,3)           | 0,177  |
| <b>Afet Sırası</b>                                                                                                                                 |                    |           |               |                    |               |                    |        |
| Afet planını uygulamak ve tedavi edici hizmetlerde bulunur                                                                                         | 34(19,5)           | 107(61,5) | 33(19)        | 17(30,4)           | 28(50)        | 79(66,9)           | 0,106  |
| Afet sırasında bölgesindeki acil sağlık hizmetleri istasyonlarına gerekli lojistik desteği verir.*                                                 | 54(31)             | 83(47,7)  | 37(21,3)      | 23(41,1)           | 18(32,1)      | 65(55,1)           | 0,017* |
| Afet sırasında akut tıbbi müdahalede bulunur.                                                                                                      | 17(9,8)            | 140(80,5) | 17(9,8)       | 9(16,1)            | 40(71,4)      | 100(84,7)          | 0,082  |
| Afet nedeni ile meydana gelen ölümlerde ölümlerin kimliklerinin tespiti ve gömme işlemleri ile ilgili <i>idari ve dini bütün işlemleri</i> yapar.* | 115(66,1)          | 26(14,9)  | 33(19)        | 36(64,3)           | 9(16,1)       | 17(14,4)           | 0,914  |
| Afetten etkilenenlere <i>her türlü</i> tıbbi müdahaleleri yapar ve kayıtları tutar.*                                                               | 44(25,3)           | 91(52,3)  | 39(22,4)      | 18(32,1)           | 25(44,6)      | 66(55,9)           | 0,276  |
| Acil müdahaleyi yapar ve gerekiyorsa uygun sağlık kurumuna <i>nakleder</i> .*                                                                      | 23(13,2)           | 135(77,6) | 16(9,2)       | 13(23,2)           | 35(62,5)      | 100(84,7)          | 0,005* |
| Gerekli ise <i>uygun ekibi yönlendirir</i> veya danışmanlık hizmeti verir.*                                                                        | 23(13,2)           | 128(73,6) | 23(13,2)      | 11(19,6)           | 36(64,3)      | 92(78)             | 0,138  |
| Gerekliyse afetzededen <i>naklini sağlar</i> veya yerinde bırakır.*                                                                                | 24(13,8)           | 122(70,1) | 28(16,1)      | 8(14,3)            | 37(66,1)      | 85(72)             | 0,606  |
| <b>Afet Sonrası</b>                                                                                                                                |                    |           |               |                    |               |                    |        |
| Afet sonrasında halkın rehabilitasyonunda bulunur.                                                                                                 | 13(7,5)            | 143(82,2) | 18(10,3)      | 7(12,5)            | 43(76,8)      | 100(84,7)          | 0,212  |
| Afet sonrasında halka psikolojik destekte bulunur.                                                                                                 | 15(8,6)            | 138(79,3) | 21(12,1)      | 8(14,3)            | 40(71,4)      | 98(83,1)           | 0,147  |
| Çocuklar için gerekli psikolojik ve barınma, beslenme, eğitim gibi özel tedbirlerin alınmasını takip eder.                                         | 47(27)             | 90(51,7)  | 37(21,3)      | 20(35,7)           | 28(50)        | 62(52,5)           | 0,124  |
| Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sorumlu olduğu nüfusu bilgilendirir, kişisel tedbirlerin alınmasını sağlar.                                  | 6(3,4)             | 155(89,1) | 13(7,5)       | 4(7,1)             | 45(80,4)      | 110(93,2)          | 0,043* |
| Aşılama, kemoprofilaksi, sağlık eğitimi yaparak olağan hizmetler düzeyine gelmeye çalışır.                                                         | 12(6,9)            | 145(83,3) | 17(9,8)       | 7(12,5)            | 41(73,2)      | 104(88,1)          | 0,047* |
| Barındırma, su güvenliği, gıda güvenliği, vektör kontrolü, atık kontrolü vb. çevresel güvenlik tedbirlerini alır.                                  | 76(43,7)           | 64(36,8)  | 34(19,5)      | 30(53,6)           | 14(25)        | 50(42,4)           | 0,070  |

\* Yanlış örnekleri göstermektedir, *İtalic* yazılanlar yanlış ifadeyi göstermektedir.

## 5.7. Diğer Bulgular

### Afetlerde Yakınlarının Zarar Görmesinden Etkilenenlerde Bulgular

Afetlerde yakınlarının zarar görmesinden etkilendiğini belirten AHA' lardan 2 kişi "fazla etkilemedi", 6 kişi "oldukça etkiledi", 7 kişi "derinden etkiledi" ifadesini kullandı.

Afetlerde yakınlarının zarar görmesinden fazla etkilenemeyen AHA'ların %50'si "Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbi konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eder misiniz" sorusuna evet yanıtı verdiği saptanırken, "Oldukça etkiledi" diyen AHA'ların %83,3'ünün evet yanıtı verdiği saptandı, "Derinden etkiledi" ifadesi kullanan AHA'ların ise tümü evet yanıtı verdi ( $p=0,033$ ).

Afetlerde yakınlarının zarar görmesinden etkilendiğini belirten AHA'ların "Bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak ister misiniz?" sorusuna "Fazla etkilemedi" diyen AHA'ların %50'sinin hayır dediği, %50'sinin fikrim yok dediği saptandı, "Oldukça etkiledi" diyen AHA'ların %83,3'ü evet yanıtı verdiği, "Derinden etkiledi" diyen hekimlerin ise %85,7'sinin evet yanıtı verdiği saptandı ( $p=0,047$ ).

Afetlerde yakınlarının zarar görmesinden etkilendiğini belirten tüm AHA'lar "Size göre aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olmalı mı?" sorusuna "evet" yanıtı verdiği saptandı ve "Bu konuda uzmanlaşmak ister misiniz?" sorusuna verilen cevapta ise "Fazla etkilemedi" diyenlerinin tümünün "hayır" dediği, "Oldukça etkilendi" diyen AHA'ların %66,7'sinin "evet" dediği, "Derinden etkiledi" diyen AHA'ların %71,4'ünün "evet" dediği belirlendi ( $p=0,045$ ). Ayrıca uzmanlaşmak isteyenlerin %67,5'i ( $n=54$ ) "Bugüne kadar herhangi bir afet yaşadınız mı" sorusuna "hayır" cevabı verdiği saptanırken, %32,5'inin ( $n=26$ ) "evet" cevabı verdiği saptandı ( $p=0,460$ ), bununla birlikte uzmanlaşmak isteyenlerin %30,8'i "Afette zarar gördünüz mü?" sorusuna "evet" dediği saptandı. Ayrıca uzmanlaşmak isteyenlerin %11,2'sinin "Herhangi bir yakınınız afet nedeniyle zarar gördü mü?" sorusuna "evet" dediği belirlendi ( $p=0,964$ ).

Afetlerde yakınlarının zarar görmesinden etkilendiğini belirten AHA'ların "Bugüne kadar afetle alakalı herhangi bir tatbikata katıldınız mı" sorusuna "Fazla etkilemedi" diyen AHA'ların %50'sinin evet cevabı verirken, "Oldukça etkiledi"

diyen AHA'ların %33,3'ü evet yanıtı verdiği, "Derinden etkiledi" diyen AHA'ların ise %28,6'sinin evet yanıtı verdiği saptandı (p=0,857).

Afetlerde yakınlarının zarar görmesinden etkilendiğini belirten AHA'ların "Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldınız mı" sorusuna "Fazla etkilemedi" diyen AHA'ların tümü "evet" cevabı verirken, "Oldukça etkiledi" diyen AHA'ların %16,7'sinin "evet" yanıtı verdiği, "Derinden etkiledi" diyen AHA'ların ise %28,6'sinin "evet" yanıtı verdiği saptandı (p=0,257).

Afetlerde yakınlarının zarar görmesinden etkilendiğini belirten tüm AHA'ların "Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak ister misiniz?" sorusuna evet dediği belirlendi. Detaylar Tablo 9'da gösterildi.

### **Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Tıbbı Hakkında Önceden Herhangi Bir Eğitim Almaları ile Bazı Görüşleri Arasındaki İlişkiler**

Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs alan AHA'ların %74,1'i (n=20) "Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eder misiniz?" sorusuna "evet" derken, bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs almayan AHA'ların %84,6'sının (n=110) "evet" dediği saptandı, Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldığını hatırlamayan AHA'ların %82,4'ünün (n=14) "evet" dediği saptandı (p=0,445).

Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs alan AHA'ların %88,9'u (n=24) "Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak ister misiniz?" sorusuna "evet" derken, bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs almayan AHA'ların %87,7'sinin (n=114) "evet" dediği saptandı, Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldığını hatırlamayan AHA'ların %88,2'sinin (n=15) "evet" dediği saptandı (p=0,984).

Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs alan AHA'ların %74,1'i (n=20) "Bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak ister misiniz?" sorusuna "evet" derken, bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs almayan AHA'ların %62,3'ünün (n=81) "evet" dediği saptandı, Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldığını hatırlamayan AHA'ların %41,2'sinin (n=7) evet dediği saptandı (p=0,112). Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarının

afetlerde yakınlarının zarar görmesinden etkilenme durumlarına göre afetlerle ilgili bazı önermeler hakkında görüşlerinin dağılımı Tablo 5.6’da verildi.

**Tablo 5.6.** Afetlerde Yakınlarının Zarar Görmesinden Etkilenen Aile Hekimliği Asistanları ile ilgili Bazı Bulgular

| Önermeler                                                                   | Afette Etkilenme |                  |                   | p      |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|--------|
|                                                                             | Fazla Etkilemedi | Oldukça Etkiledi | Derinden Etkiledi |        |
| AH eğitiminde AT'nin ciddi irdelenme arzusu                                 |                  |                  |                   |        |
| Hayır                                                                       | 1(50,0)          | 1(16,7)          | -                 | 0,033* |
| Evet                                                                        | 1(50,0)          | 5(83,3)          | 7(100)            |        |
| Afet olsa gönüllü çalışma isteği                                            |                  |                  |                   |        |
| Hayır                                                                       | 1(50,0)          | 1(16,7)          | -                 | 0,047* |
| Evet                                                                        | -                | 5(83,3)          | 6(85,7)           |        |
| Fikrim Yok                                                                  | 1(50,0)          | -                | 1(14,3)           |        |
| AHA'ların afetlere yaklaşımda bir rolü olmalı mı?                           |                  |                  |                   |        |
| Hayır                                                                       | -                | -                | -                 | -      |
| Evet                                                                        | 2(100)           | 6(100)           | 7(100)            |        |
| Fikrim Yok                                                                  | -                | -                | -                 |        |
| AT alanında uzmanlaşmak ister misiniz?                                      |                  |                  |                   |        |
| Hayır                                                                       | 2(100)           | 2(33,3)          | 2(28,6)           | 0,045* |
| Evet                                                                        | -                | 4(66,7)          | 5(71,4)           |        |
| Bugüne kadar Afet ile alakalı tatbikata katılma                             |                  |                  |                   |        |
| Hayır                                                                       | 1(50,0)          | 4(66,7)          | 5(71,4)           | 0,857  |
| Evet                                                                        | 1(50,0)          | 2(33,3)          | 2(28,6)           |        |
| AT hakkında eğitim (kurs) alma                                              |                  |                  |                   |        |
| Hayır                                                                       | -                | 4(66,7)          | 4(57,1)           | 0,257  |
| Hatırlamıyorum                                                              | -                | 1(16,7)          | 2(28,6)           |        |
| Evet                                                                        | 2(100)           | 1(16,7)          | 1(14,3)           |        |
| AT hakkında eğitim alma isteği                                              |                  |                  |                   |        |
|                                                                             | 2(100)           | 6(100)           | 7(100)            | -      |
| AHU: Aile Hekimliği Uzmanlığı, AHA: Aile Hekimliği Asistanı, AT: Afet Tıbbı |                  |                  |                   |        |

### Başkası Adına Endişe Duyma ile Tecrübe Arasındaki İlişki

Çocuk sahibi olmayan AHA'ların %31,9'u afet yaşayıp bu afette zarar gördüğünü belirtirken, 1 çocuğu olan AHA'ların %9,1'i (n=1) afette zarar gördüğünü belirtti, 2 çocuğu olan AHA'lardan 1 kişi afet yaşamış fakat bu afetten zarar görmediğini belirtmiş (p=0,183). Ayrıca bu afetlerde gönüllü olarak görev yapan 2 hekim olmakla beraber bu AHA'lar 1 çocuk sahibi idi.



Çocuk sahibi olmayan AHA'ların %0,8'i (n=1) daha önce bir afette hekim olarak çalıştığını belirtirken, 1 çocuğu olan AHA'ların %8,1'i (n=3) daha önce bir afette hekim olarak çalıştığını belirtti, 2 çocuğu olan AHA'ların hiç biri daha önce bir afette hekim olarak çalışmadığını belirtti (p=0,141).

Çocuk sahibi olmayan AHA'ların %3,9'u (n=5) bugüne kadar bir afet planı oluşturulmasında yada uygulamasında görev aldığını belirtirken, 1 çocuğu olan AHA'ların %10,8'i (n=4) bugüne kadar bir afet planı oluşturulmasında yada uygulamasında görev aldığını belirtti, 2 çocuğu olan AHA'ların %10'u (n=1) bugüne kadar bir afet planı oluşturulmasında yada uygulamasında görev aldığını belirtmiş (p=0,280).

Çocuk sahibi olmayan AHA'ların %18,1'ü (n=23) bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldığını belirtirken, 1 çocuğu olan AHA'ların %8,1'i (n=3) bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldığını belirtti, 2 çocuğu olan AHA'ların %10'u (n=1) bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldığını belirtmiş (p=0,608).

### **Başkası Adına Endişe Duyma ile İsteklilik Arasındaki İlişki**

Çocuk sahibi olmayan AHA'ların %84,3'ü (n=107) aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu ettiğini belirtirken, 1 çocuğu olan AHA'ların %78,4'ü (n=29) aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu ettiğini belirtti, 2 çocuğu olan AHA'ların %80'i (n=8) aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu ettiğini belirtmiş (p=0,697).

Çocuğu olmayan AHA'ların %66,1'i (n=84) bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak istediğini belirtirken, 1 çocuğu olan AHA'ların %45,9'u (n=17) bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak istediğini belirtti, 2 çocuğu olan AHA'ların %70'i (n=7) bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak istediğini belirtmiş (p=0,014).

Çocuğu olmayan AHA'ların %58'i (n=58) afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak istediğini belirtirken, 1 çocuğu olan AHA'ların %64'ü (n=16) afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak istediğini belirtti, 2 çocuğu olan AHA'ların %75'i (n=6) afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak istediğini belirtmiş (p=0,594).

## **Başkası Adına Endişe Duyma ile Afet Yönetimi Görüşleri Arasındaki İlişki**

Çocuk sahibi olmayan AHA'ların %81,1'i (n=103) aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olması gerektiğini belirtirken, 1 çocuğu olan AHA'ların %78,4'ü (n=29) aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olması gerektiğini belirtti, İki çocuğu olan AHA'ların %70'i (n=7) aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olması gerektiğini belirtmiş (p=0,756).

## **Aile Hekimliği Asistanlarının Bazı Görüşleri ve Deneyimleri ile Aile Hekimliği Eğitiminde Afet Tıbbı Konularının Ciddi Bir Biçimde İrdelenmesi Arzusu Arasındaki İlişki**

Aile hekiminin afetlerde bir rolü olmalı mı sorusuna evet cevabını veren AHA'ların oranı, Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eden AHA grubunda, arzu etmeyen gruba kıyasla daha yüksekti (%88,2 vs %40; p=0,001).

Gelecekte afet tıbbı alanında bir yandal ihdas edilirse aile hekimleri bu yandala başvurabilmeli mi sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eden AHA grubunda arzu etmeyen gruba kıyasla daha yüksekti (%20 vs %52,8), ayrıca kesinlikle evet diyen AHA'ların oranı da Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eden AHA grubunda arzu etmeyen gruba kıyasla daha yüksekti (%26,4 vs %6,7; p=0,001)

Bugüne kadar herhangi bir afet yaşadınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eden AHA grubunda arzu etmeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (%36,1 vs %23,3; p=0,208).

Afette zarar gördünüz mü sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eden AHA grubunda arzu etmeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (%28,8 vs %14,3; p=0,661).

Daha önce bir afette hekim olarak çalıştınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde

irdelenmesini arzu eden AHA grubunda arzu etmeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (%2,1 vs %3,3; p=0,692).

Bugüne kadar afetle alakalı herhangi bir tatbikata katıldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbi konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eden AHA grubunda arzu etmeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (%16 vs %20; p=0,788).

Bugüne kadar bir afet planı oluşturulmasında ya da uygulanmasında görev aldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbi konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eden AHA grubunda arzu etmeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (%5,6 vs %6,7; p=0,815).

Bugüne kadar afet tıbbi hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbi konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eden AHA grubunda arzu etmeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (%23,3 vs %13,9; p=0,449).

Afetlerle mücadelede herhangi bir gönüllü sivil toplum kuruluşuna yada herhangi bir kuruma üyeliğiniz var mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbi konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eden AHA grubunda arzu etmeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (%0,7 vs %3,3; p=0,316).

Aile Hekimliği Asistanlarının Bazı Deneyim ve Görüşleri İle Afet Tıbbi Hakkında Herhangi Bir Eğitim Almak İstemeleri Arasındaki İlişkiler

Aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olması sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Afet tıbbi hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla daha yüksekti (%86,3 vs %33,3; p=0,001).

Gelecekte afet tıbbi alanında bir yandal ihdas edilirse aile hekimleri bu yandala başvurabilmeli sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Afet tıbbi hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla daha yüksekti (%50,3 vs %23,8), ayrıca kesinlikle evet diyen AHA'ların oranı da Afet tıbbi hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla daha yüksekti (%24,8 vs %9,5; p=0,001)

Bugüne kadar herhangi bir afet yaşadınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla daha yüksekti (%37,9vs %4,8; p=0,002).

Afette zarar gördünüz mü sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla daha yüksekti (p=0,001).

Daha önce bir afette hekim olarak çalıştınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla benzerdi (p=0,999).

Bugüne kadar afetle alakalı herhangi bir tatbikata katıldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (%17,6 vs %9,5; p=0,534).

Bugüne kadar bir afet planı oluşturulmasında ya da uygulanmasında görev aldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p=0,612).

Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (%14,3 vs %15,7; p=0,999).

Afetlerle mücadelede herhangi bir gönüllü sivil toplum kuruluşuna ya da herhangi bir kuruma üyeliğiniz var mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (%0,7 vs %4,8; p=0,572).

### **Aile Hekimliği Asistanlarının Bazı Deneyim ve Görüşleri İle Bir Afet Olsa Gönüllü Olarak Çalışma Durumları Arasındaki İlişkiler**

Aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olması sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta

çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla daha yüksekti (%92,6 vs %35,0 vs %69,6; p=0,001).

Gelecekte afet tıbbi alanında bir yandal ihdas edilirse aile hekimleri bu yandala başvurabilmeli sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla daha yüksekti (%53,7 vs %25 vs %41,3).

Ayrıca kesinlikle evet diyen AHA'ların oranı da bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla daha yüksekti (%30,6 vs %5,0 vs %13; p=0,001)

Bugüne kadar herhangi bir afet yaşadınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla daha yüksekti (%42,6 vs %25,0 vs %17,4; p=0,005).

Afette zarar gördünüz mü sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta çalışmam cevabını veren gruba kıyasla yüksek olsa da “fikrim yok” cevabını veren gruba kıyasla farklılık göstermedi (p=0,437).

Daha önce bir afette hekim olarak çalıştınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla farklılık göstermedi (p=0,741).

Bugüne kadar afetle alakalı herhangi bir tatbikata katıldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla benzerdi (%18,5 vs %15,0 vs %13,0; p=0,760).

Bugüne kadar bir afet planı oluşturulmasında ya da uygulanmasında görev aldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla farklılık göstermedi (p=0,217).

Bugüne kadar afet tıbbi hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı bugün bir afet olsa gönüllü olarak

çalışırım diyen grupta çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla farklılık göstermedi (%18,5 vs %20 vs %6,5; p=0,122).

Afetlerle mücadelede herhangi bir gönüllü sivil toplum kuruluşuna ya da herhangi bir kuruma üyeliğiniz var mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla daha yüksekti (p=0,999).

### **Aile Hekimliği Asistanlarının Bazı Deneyim ve Görüşleri İle Afet Tıbbı Konusunda Uzmanlaşmak İsteme Durumları Arasındaki İlişkiler**

Aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olması sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta istemeyen gruba kıyasla yüksekti (%92,6 vs %81,1; p=0,032).

Gelecekte afet tıbbı alanında bir yandal ihdas edilirse aile hekimleri bu yandala başvurabilmeli sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta istemeyen gruba kıyasla düşük iken (%58,8 vs %66), kesinlikle evet diyen AHA'ların oranı da afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta istemeyen gruba kıyasla yüksekti (%40 vs %15,1; p=0,001).

Bugüne kadar herhangi bir afet yaşadınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta istemeyen gruba kıyasla benzerdi (%32,5 vs %39,6; p=0,401).

Afette zarar gördünüz mü sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta istemeyen gruba kıyasla benzerdi (%30,8 vs %28,6; p=0,870).

Daha önce bir afette hekim olarak çalıştınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta istemeyen gruba kıyasla benzerdi (%1,2 vs %3,8; p=0,716).

Bugüne kadar afetle alakalı herhangi bir tatbikata katıldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta istemeyen gruba kıyasla benzerdi (%16,2 vs %17,0; p=0,912).

Bugüne kadar bir afet planı oluşturulmasında ya da uygulanmasında görev aldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı afet tıbbı konusunda

uzmanlaşmak isteyen grupta istemeyen gruba kıyasla yüksekti ancak anlamlı bir farklılık yoktu (%8,8 vs %1,9;  $p=0,209$ ).

Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta istemeyen gruba kıyasla yüksekti (%21,2 vs %11,3;  $p=0,079$ ).

Afetlerle mücadelede herhangi bir gönüllü sivil toplum kuruluşuna yada herhangi bir kuruma üyeliğiniz var mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta istemeyen gruba kıyasla yüksekti ama aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (%1,2 vs %1,9;  $p=0,770$ ).

### **Görüşler ve Tecrübeler Arasındaki İlişki**

Bugüne kadar herhangi bir afet yaşadınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı aile hekiminin afetlere yaklaşımda bir rolü olmalı mı sorusuna evet cevabı veren grupta hayır cevabı veren gruba kıyasla yüksek olsa da fikrim yok cevabı veren gruba kıyasla farklılık göstermedi (%36 vs %11,1 vs %41,2;  $p=0,072$ ).

Afette zarar gördünüz mü sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı aile hekiminin afetlere yaklaşımda bir rolü olmalı mı sorusuna evet cevabı veren grupta hayır/fikrim yok cevabı veren gruba kıyasla yüksek olsa da istatistiksel olarak farklılık göstermedi ( $p=0,344$ ).

Daha önce bir afette hekim olarak çalıştınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı aile hekiminin afetlere yaklaşımda bir rolü olmalı mı sorusuna evet cevabı veren grupta hayır cevabı veren gruba kıyasla yüksek olsa da fikrim yok cevabı veren gruba kıyasla farklılık göstermedi ( $p=0,384$ ).

Bugüne kadar afetle alakalı herhangi bir tatbikata katıldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı aile hekiminin afetlere yaklaşımda bir rolü olmalı mı sorusuna evet cevabı veren grupta hayır cevabı veren gruba kıyasla yüksek olsa da fikrim yok cevabı veren gruba kıyasla farklılık göstermedi ( $p=0,074$ ).

Bugüne kadar bir afet planı oluşturulmasında yada uygulanmasında görev aldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı aile hekiminin afetlere yaklaşımda bir rolü olmalı mı sorusuna evet cevabı veren grupta hayır cevabı veren gruba kıyasla yüksek olsa da fikrim yok cevabı veren gruba kıyasla farklılık göstermedi ( $p=0,221$ ).

Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldınız mı sorusuna evet cevabı veren AHA’ların oranı aile hekiminin afetlere yaklaşımda bir rolü olmalı mı sorusuna evet cevabı veren grupta hayır / fikrim yok cevabı veren gruba kıyasla yüksekti (%18 vs %5,6 vs %5,9; p=0,042).

Afetlerle mücadelede herhangi bir gönüllü sivil toplum kuruluşuna yada herhangi bir kuruma üyeliğiniz var mı sorusuna evet cevabı veren AHA’ların oranı aile hekiminin afetlere yaklaşımda bir rolü olmalı mı sorusuna evet cevabı veren grupta hayır/fikrim yok cevabı veren gruba kıyasla farklılık göstermedi (p=0,775).

### **Evde Beraber Yaşadığı Kişilere Göre Afet Tecrübesi ve Görüşleri Arasındaki İlişki**

Yalnız yaşayan AHA’ların %40,7’si, Anne-Baba ile yaşayan AHA’ların %23,1’i, Eşleri ile yaşayan AHA’ların %40,7’si, Eş ve çocukları ile yaşayan AHA’ların %29,5’i, diğer kişilerle yaşayan AHA’ların %27,8’i “Bugüne kadar herhangi bir afet yaşadınız mı” sorusuna evet cevabı verdi (p=0,454).

Yalnız yaşayan AHA’ların %36,4’ü, Anne-Baba ile yaşayan AHA’ların %16,7’si, Eşleri ile yaşayan AHA’ların %33,3’ü, Eş ve çocukları ile yaşayan AHA’ların %15,4’ü, diğer kişilerle yaşayan AHA’ların %20’si “Afette zarar gördünüz mü” sorusuna evet cevabı verdi (p=0,755)

Yalnız, Anne-Baba ve Eşleri ile yaşayan AHA’ların tümü Daha önce bir afette hekim olarak çalıştınız mı” sorusuna hayır cevabı verirken, Eş ve çocukları ile yaşayan AHA’ların %4,5’i, diğer kişilerle yaşayan AHA’ların %11,1’i “Daha önce bir afette hekim olarak çalıştınız mı” sorusuna evet cevabı verdi (p=0,035)

Yalnız yaşayan AHA’ların %14,8’i, Anne-Baba ile yaşayan AHA’ların %7,7’si, Eşleri ile yaşayan AHA’ların %20,3’ü, Eş ve çocukları ile yaşayan AHA’ların %22,7’si, diğer kişilerle yaşayan AHA’ların %5,6’si “Bugüne kadar afetle alakalı herhangi bir tatbikata katıldınız mı” sorusuna evet cevabı verdi (p=0,735)

Yalnız yaşayan AHA’ların %3,7’si, Anne-Baba ile yaşayan AHA’ların %3,8’i, Eşleri ile yaşayan AHA’ların %5,1’i, Eş ve çocukları ile yaşayan AHA’ların %9,1’i, diğer kişilerle yaşayan AHA’ların %5,6’si “Bugüne kadar bir afet planı



oluşturulmasında yada uygulanmasında görev aldınız mı” sorusuna evet cevabı verdi (p=0,910)

Yalnız yaşayan AHA’ların %22,2’si, Anne-Baba ile yaşayan AHA’ların %3,8’i, Eşleri ile yaşayan AHA’ların %22’si, Eş ve çocukları ile yaşayan AHA’ların %9,1’i, diğer kişilerle yaşayan AHA’ların %16,7’si “Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs aldınız mı” sorusuna evet cevabı verdi (p=0,141).

Yalnız, Eş ve çocukları ile yaşayan ve diğer şekilde yaşayan AHA’ların tümü “Afetlerle mücadelede herhangi bir gönüllü sivil toplum kuruluşuna ya da herhangi bir kuruma üyeliğiniz var mı” sorusuna hayır cevabı verirken, Anne-Baba ile yaşayan AHA’ların %3,8’i, Eşleri ile yaşayan AHA’ların %1,7’si “Afetlerle mücadelede herhangi bir gönüllü sivil toplum kuruluşuna ya da herhangi bir kuruma üyeliğiniz var mı” sorusuna evet cevabı verdi (p=0,603)

Yalnız yaşayan AHA’ların %63’ü, Anne-Baba ile yaşayan AHA’ların %80,8’i, Eşleri ile yaşayan AHA’ların %88,1’i, Eş ve çocukları ile yaşayan AHA’ların %77,3’ü, diğer şekilde yaşayan AHA’ların %83,3’ü “Size göre aile hekiminin afetlere yaklaşımda bir rolü olmalı mı” sorusuna evet cevabı verdi (p=0,258).

Yalnız yaşayan AHA’ların %37’si, Anne-Baba ile yaşayan AHA’ların %46,2’si, Eşleri ile yaşayan AHA’ların %49,2’si, Eş ve çocukları ile yaşayan AHA’ların %45,5’i, diğer şekilde yaşayan AHA’ların %61,1’i “Gelecekte afet tıbbı alanında bir yan dal ihdas edilirse aile hekimleri bu yan dala başvurabilmeli mi” sorusuna evet cevabı verdi, Yalnız yaşayan AHA’ların %22,2’si, Anne-Baba ile yaşayan AHA’ların %34,6’sı, Eşleri ile yaşayan AHA’ların %20,3’ü, Eş ve çocukları ile yaşayan AHA’ların %22,7’si, diğer şekilde yaşayan AHA’ların %16,7’si “Gelecekte afet tıbbı alanında bir yan dal ihdas edilirse aile hekimleri bu yan dala başvurabilmeli mi” sorusuna kesinlikle evet cevabı verdi (p=0,433).

### **Bilgi Düzeyleri ve Skorlama Sisteminin Ortalama Dağılımı**

Afet öncesinde, sırasında ve sonrasında sorulan doğru önermelerde “Hayır görevi değildir” cevabına 1, “Fikrim yok” cevabına 2 ve “Evet doğrudur” cevabına 3 skoru verildi, yanlış önermelerde ise “Hayır görevi değildir” cevabına 3, “Fikrim yok” cevabına 2 ve “Evet doğrudur” cevabına 1 skoru verildi. Her bir bireyin cevap

verdikleri skorlar toplandı ve toplam soru sayısına bölündü. Böylece her bireyin afet ile ilgili ortalama bilgi düzeyine ulaşıldı. Ortalama bilgi düzeyi 1,5'un altında olan AHA'ların bilgi düzeyi yetersiz, 1,5 ve 2,5 arasında ortalama bilgi düzeyi olan AHA'ların afet tıbbi ile ilgili bilgi düzeyi hakkında fikri olmadığı, 2,5 ve üzerinde olan AHA'ların afet tıbbi ile ilgili bilgi düzeyinin yeterli olduğu belirlendi. Buna göre Aile Hekimliği Asistanlarının toplam ortalama bilgi düzeyi skoru  $2,2\pm0,4$  olarak yani "Fikri Olmadığı" şeklinde ortaya çıktı. Afet öncesi dönemde AHA'ların genel ortalama skoru  $2,3\pm0,5$  (fikri olmadığı) ; afet sırasında  $1,9\pm0,3$  (fikri olmadığı) ve afet sonrası dönemdeki skoru ise  $2,7\pm0,4$  (yeterli) olarak ortaya çıktı.

Ayrıca, Afet öncesi bilgi düzeyi ile afet sonrası bilgi düzeyi arasında güçlü pozitif yönde korelasyon saptandı ( $r=0,613$ ,  $p<0,001$ ). Afet öncesi bilgi düzeyi ile afet sırasında ait bilgi düzeyi arasında negatif (ters) yönde korelasyon saptandı ( $r=-0,352$ ,  $p<0,001$ ). Afet sonrası bilgi düzeyi ile afet sonrasında ait bilgi düzeyi arasında ise negatif (ters) yönde korelasyon saptandı ( $r=-0,407$ ,  $p<0,001$ ).

Afet sonrası bilgi düzeyi kadın AHA'larda erkek AHA'lara kıyasla yüksekti ( $2,6\pm0,4$  vs  $2,4\pm0,5$ ;  $p=0,003$ ), afet öncesi ve sırasında ait bilgi düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermedi.

Ayrıca Afet sonrasında ait bilgi düzeyi ortalaması "Size göre aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olmalı mı?" sorusuna evet diyen AHA'larda hayır ya da fikrim yok diyen AHA'lara kıyasla yüksekti ( $2,7\pm0,4$  vs  $2,2\pm0,5$  vs  $2,4\pm0,4$ ;  $p=0,004$ ).

Afet öncesi, sırası ve sonrasında ait bilgi düzeyleri diğer demografik bulgular ve sorulara verilen yanıtlara göre farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ).

Elde edilen bulgular Tablo 10, Tablo 11 ve Tablo 12'de detaylı olarak gösterildi. Buna göre;

Yaş grubu 24-27, 28-30 ve 30'un üstünde olan AHA'larda ortalama bilgi düzeyi skoru anlamlı farklılık göstermedi yani tüm yaş gruplarında afet tıbbi ile ilgili bilgi düzeyi hakkında fikri olmadığı saptandı (sırasıyla;  $2,2\pm0,2$  vs  $2,2\pm0,2$  vs  $2,3\pm0,2$ ;  $p=0,358$ ), bu durum kadın ve erkek cinsiyetlerde yaş grupları içinde geçerli idi.

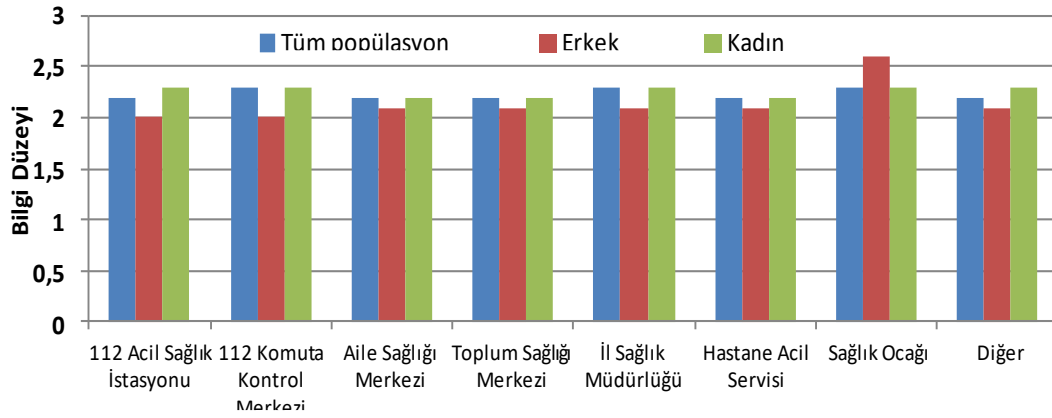
Medeni durumu bekar, eşinden ayrılmış/eşi vefat etmiş ve evli olan AHA'larda ortalama bilgi düzeyi skoru anlamlı farklılık göstermedi yani tüm medeni

durumlarda afet tıbbı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında fikri olmadığı saptandı (sırasıyla;  $2,2\pm0,2$  vs  $2,2\pm0,3$  vs  $2,3\pm0,2$ ;  $p=0,737$ ), bu durum kadın ve erkek cinsiyetlerde yaş grupları içinde geçerli idi.

Çocuk sahibi olmayan, 1 çocuğu olan ve 2 çocuğu olan AHA'larda ortalama bilgi düzeyi skoru anlamlı farklılık göstermedi yani çocuk sahibi olan ve olmayan tüm AHA'larda bilgi düzeyi hakkında fikri olmadığı saptandı (sırasıyla;  $2,2\pm0,2$  vs  $2,2\pm0,3$  vs  $2,3\pm0,2$ ;  $p=0,434$ ), bu durum kadın ve erkek cinsiyetlerde yaş grupları içinde geçerli idi.

Evde yalnız kalan, anne-baba ile kalan, eşi ile kalan, eş ve çocuklarla ile kalan ve diğer gruplarla kalan AHA'larda ortalama bilgi düzeyi skoru anlamlı farklılık göstermedi ve tüm grupların afet tıbbı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında fikri olmadığı şeklinde saptandı (sırasıyla;  $2,2\pm0,3$  vs  $2,3\pm0,2$  vs  $2,2\pm0,2$  vs  $2,2\pm0,3$  vs  $2,2\pm0,2$ ;  $p=0,106$ ), bu durum kadın ve erkek cinsiyetlerde yaş grupları içinde geçerli idi (Tablo 5.7).

Daha önce çalışılan kurumlara göre AHA'ların afet tıbbı bilgi düzeyi incelendiğinde; 112 Acil Sağlık İstasyonunda çalışanların  $2,2\pm0,2$ , 112 Komuta Kontrol Merkezinde çalışanların  $2,3\pm0,2$ , Aile Sağlığı Merkezinde çalışanların (ASM)  $2,2\pm0,2$ , Toplum Sağlığı Merkezinde çalışanların (TSM)  $2,2\pm0,3$ , İl Sağlık Müdürlüğünde çalışanların (İSM)  $2,3\pm0,2$ , Hastane Acil Servisinde çalışanların  $2,2\pm0,2$ , Sağlık Ocağında çalışanların  $2,3\pm0,2$ , Diğer grubun  $2,2\pm0,3$  olarak saptandı. Bu düzeylerin hepsi afet tıbbı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında “fikri olmadığı” şeklinde idi. Fakat cinsiyet bazlı incelendiğinde; erkek AHA'larda önceden sağlık ocağında çalışanların afet tıbbı ile ilgili bilgi düzeyinin yeterli olduğu saptanırken, diğer gruplarda bilgi düzeyi hakkında “fikri olmadığı”; kadınlar ise daha önce çalışılan kurum gruplarında afet tıbbı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında “fikri olmadığı” şeklinde saptandı (Şekil 5.5).



**Şekil 5.5.** Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsiyetlerine ve Daha Önce Çalıştıkları Kurumlara Göre Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

**Tablo 5.7.** Aile Hekimliği Asistanlarının Demografik Özelliklerine Göre Ortalama Bilgi Düzeyi Puanları

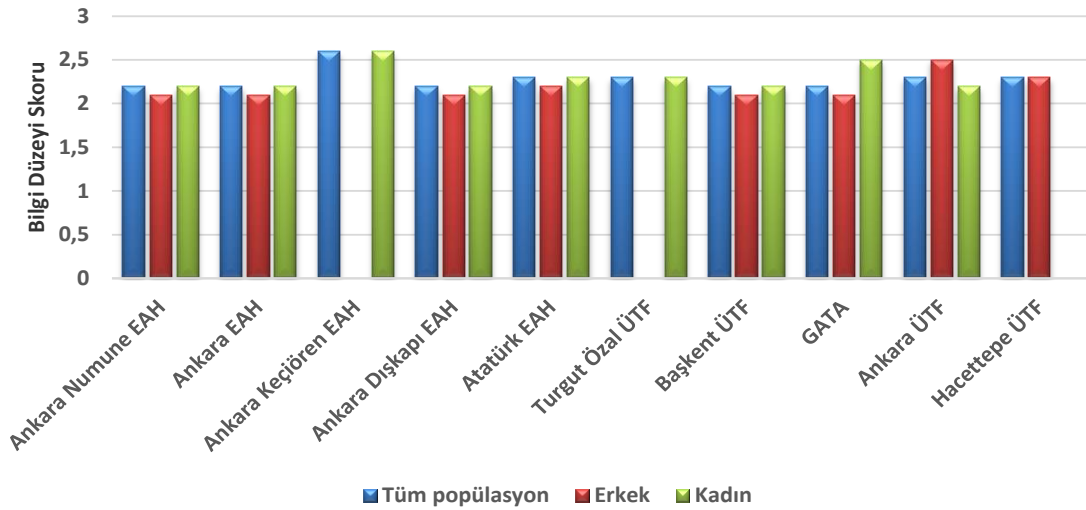
| Demografik Özellikler        | Tüm popülasyon | p     | Erkek    | p      | Kadın   | p     |
|------------------------------|----------------|-------|----------|--------|---------|-------|
| Yaş                          |                |       |          |        |         |       |
| <28                          | 2,2±0,2        | 0,358 | 2,2±0,2  | 0,182  | 2,2±0,2 | 0,355 |
| 28-30                        | 2,2±0,2        |       | 2,1±0,3  |        | 2,3±0,2 |       |
| 30>                          | 2,3±0,4        |       | 2,2±0,5  |        | 2,3±0,2 |       |
| Medeni Durum                 |                |       |          |        |         |       |
| Bekar                        | 2,2±0,2        | 0,737 | 2,2±0,2  | 0,313  | 2,3±0,2 | 0,416 |
| Eşinden Ayrılmış/Eşi Ölmüş   | 2,3±0,3        |       | 1,9±0,4  |        | 2,4±0,2 |       |
| Evli                         | 2,2±0,2        |       | 2,1±0,3  |        | 2,2±0,2 |       |
| Çocuk Sayısı                 |                |       |          |        |         |       |
| 0                            | 2,2±0,2        | 0,434 | 2,1±0,3  | 0,672  | 2,2±0,2 | 0,111 |
| 1                            | 2,2±0,3        |       | 2,1±0,3  |        | 2,3±0,2 |       |
| 2                            | 2,3±0,2        |       | 2,2±0,2  |        | 2,4±0,2 |       |
| Evde yaşam biçimi            |                |       |          |        |         |       |
| Yalnız                       | 2,2±0,3        | 0,106 | 2,0±0,3  | 0,348  | 2,3±0,2 | 0,103 |
| Anne-Baba                    | 2,3±0,2        |       | 2,2±0,3  |        | 2,3±0,2 |       |
| Eş                           | 2,2±0,2        |       | 2,2±0,2  |        | 2,2±0,2 |       |
| Eş ve Çocuklar               | 2,2±0,3        |       | 2,1±0,3  |        | 2,3±0,2 |       |
| Diğer                        | 2,2±0,2        |       | 2,2±0,2  |        | 2,2±0,2 |       |
| Daha Önce Çalışılan Kurumlar |                |       |          |        |         |       |
| 112 Acil Sağlık İstasyonu    | 2,2±0,3        | 0,685 | 2,0±0,3  | 0,045* | 2,3±0,1 | 0,794 |
| 112 Komuta Kontrol Merkezi   | 2,3±0,2        |       | 2,0±0,3  |        | 2,3±0,1 |       |
| Aile Sağlığı Merkezi (ASM)   | 2,2±0,2        |       | 2,1±0,3  |        | 2,2±0,2 |       |
| Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) | 2,2±0,3        |       | 2,1±0,3  |        | 2,2±0,3 |       |
| İl Sağlık Müdürlüğü (İSM)    | 2,3±0,2        |       | 2,1±0,4  |        | 2,3±0,2 |       |
| Hastane Acil Servisi         | 2,2±0,2        |       | 2,1±0,3  |        | 2,2±0,2 |       |
| Sağlık Ocağı                 | 2,3±0,2        |       | 2,6±0,1* |        | 2,3±0,3 |       |
| Diğer                        | 2,2±0,3        |       | 2,1±0,3  |        | 2,3±0,3 |       |

AHA'ların görev aldığı hastaneler bazında afet tıbbi bilgi düzeyi skoru incelendiğinde Ankara Keçiören EAH'sinde görev yapan AHA'ların ortalama bilgi düzeyi skoru diğer hastanelerde görev yapan AHA'lardan yüksek olup bilgi düzeyinin yeterli olduğu saptandı (Şekil 5.6).

Ayrıca Keçiören EAH görev yapan AHA'ların hepsi kadındı ve kadın bazında da diğer hastanelere göre yüksek skora sahip oldukları görüldü. Fakat hastaneleri EAH ve ÜTF olarak değerlendirildiğinde iki hastane türü açısından da bilgi düzeyi skoru farklılık göstermedi (Tablo 5.8).

Ayrıca hekimlerin toplam çalışma süresi 1 yıl, 2 yıl, 3 yıl ve 4 ve üzeri şeklinde gruplandırıldığında çalışma süresi ile bilgi düzeyi skoru arasında ilişki saptanmadı. Benzer şekilde aile hekimlerinin çalışma süreleri 1 yıl, 2 yıl ve 3 yıl şeklinde gruplandırıldığında gruplar arasında bilgi düzeyi skoru farklılık göstermedi (Tablo 5.8).

Diğer bulgular arasında da bilgi düzeyi skoru açısından farklılık saptanmadı ve Tablo 5.9'da detaylı olarak gösterildi.



**Şekil 5.6.** Hastanelere Göre Afet Tıbbi Bilgi Düzeyi Skorunun Dağılımı

**Tablo 5.8.** Aile Hekimliği Asistanlarının Hastanelerine, Hastane Türlerine, Toplam Çalışma Sürelerine ve Aile Hekimliği Asistanı Olarak Çalışma Sürelerine göre Afet Tıbbı Bilgi Düzeyi Skorlarının Dağılımı

| Demografik Bulgular                                                                                   | Tüm popülasyon | p      | Erkek   | p     | Kadın   | p      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|---------|-------|---------|--------|
| Görev Aldığı Hastane                                                                                  |                |        |         |       |         |        |
| Ankara Numune EAH                                                                                     | 2,2±0,2        | 0,035* | 2,1±0,3 | 0,821 | 2,2±0,2 | 0,028* |
| Ankara EAH                                                                                            | 2,2±0,2        |        | 2,1±0,2 |       | 2,2±0,1 |        |
| Ankara Keçiören EAH                                                                                   | 2,6±0,1        |        | -       |       | 2,6±0,1 |        |
| Ankara Dışkapı EAH                                                                                    | 2,2±0,2        |        | 2,1±0,3 |       | 2,2±0,2 |        |
| Atatürk EAH                                                                                           | 2,3±0,2        |        | 2,2±0,3 |       | 2,3±0,2 |        |
| Turgut Özal ÜTF                                                                                       | 2,3            |        | -       |       | 2,3     |        |
| Başkent ÜTF                                                                                           | 2,2±0,2        |        | 2,1±0,2 |       | 2,2±0,2 |        |
| GATA                                                                                                  | 2,2±0,2        |        | 2,1±0,2 |       | 2,5     |        |
| Ankara ÜTF                                                                                            | 2,3±0,2        |        | 2,5     |       | 2,2±0,1 |        |
| Hacettepe ÜTF                                                                                         | 2,3            |        | 2,3     |       | -       |        |
| Hastane Türü                                                                                          |                |        |         |       |         |        |
| EAH                                                                                                   | 2,2±0,2        | 0,733  | 2,2±0,2 | 0,937 | 2,2±0,3 | 0,937  |
| ÜTF                                                                                                   | 2,2±0,1        |        | 2,2±0,1 |       | 2,2±0,2 |        |
| Çalışma Süresi (Hekim)                                                                                |                |        |         |       |         |        |
| 1                                                                                                     | 2,2±0,3        | 0,741  | 2,3±0,2 | 0,505 | 2,2±0,3 | 0,406  |
| 2                                                                                                     | 2,2±0,2        |        | 2,2±0,2 |       | 2,2±0,2 |        |
| 3                                                                                                     | 2,2±0,2        |        | 2,1±0,3 |       | 2,2±0,1 |        |
| 4+                                                                                                    | 2,3±0,3        |        | 2,1±0,3 |       | 2,3±0,2 |        |
| Çalışma Süresi (Aile hekimi)                                                                          |                |        |         |       |         |        |
| 1                                                                                                     | 2,2±0,3        | 0,885  | 2,2±0,3 | 0,639 | 2,2±0,2 | 0,947  |
| 2                                                                                                     | 2,2±0,1        |        | 2,2±0,2 |       | 2,2±0,2 |        |
| 3                                                                                                     | 2,2±0,2        |        | 2,1±0,2 |       | 2,3±0,2 |        |
| EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi; ÜTF: Üniversite Tıp Fakültesi; GATA: Gülhane Askeri Tıp Akademisi |                |        |         |       |         |        |

**Tablo 5.9.** Aile Hekimliği Asistanlarının Diğer Demografik Bulgularına Göre Bilgi Düzeyi Skoru

| Demografik Bulgular                             | Toplam  | p     | Erkek   | p     | Kadın   | p     |
|-------------------------------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| Görev Yerinde AT Eğitimi                        |         |       |         |       |         |       |
| Almadım                                         | 2,2±0,2 | 0,629 | 2,1±0,2 | 0,214 | 2,2±0,2 | 0,214 |
| Aldım                                           | 2,2±0,3 |       | 2,0±0,2 |       | 2,3±0,2 |       |
| Hatırlamıyorum                                  | 2,2±0,3 |       | 2,0±0,3 |       | 2,3±0,2 |       |
| Önceki Eğitim Sürecinde AT Dersi                |         |       |         |       |         |       |
| Yok                                             | 2,2±0,2 | 0,107 | 2,2±0,3 | 0,572 | 2,2±0,2 | 0,128 |
| Var                                             | 2,4±0,1 |       | -       |       | 2,4±0,1 |       |
| Hatırlamıyorum                                  | 2,2±0,2 |       | 2,2±0,2 |       | 2,3±0,2 |       |
| AH eğitiminde AT'nin ciddi irdelenme arzusu     |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                           | 2,1±0,2 | 0,207 | 2,1±0,3 | 0,689 | 2,2±0,2 | 0,556 |
| Evet                                            | 2,2±0,2 |       | 2,2±0,3 |       | 2,3±0,2 |       |
| AT hakkında eğitim (kurs) alma                  |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                           | 2,2±0,2 | 0,937 | 2,1±0,3 | 0,425 | 2,2±0,2 | 0,390 |
| Hatırlamıyorum                                  | 2,2±0,2 |       | 2,3±0,1 |       | 2,2±0,2 |       |
| Evet                                            | 2,2±0,2 |       | 2,2±0,2 |       | 2,1±0,2 |       |
| Bugüne kadar Afet ile alakalı tatbikata katılma |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                           | 2,1±0,2 | 0,293 | 2,2±0,2 | 0,409 | 2,3±0,2 | 0,614 |
| Evet                                            | 2,2±0,2 |       | 2,1±0,2 |       | 2,2±,2  |       |
| Afet planında görev alma                        |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                           | 2,2±0,3 | 0,189 | 2,2±0,3 | 0,356 | 2,2±0,2 | 0,790 |
| Evet                                            | 2,1±0,2 |       | 2,1±0,3 |       | 2,3±0,3 |       |
| AT hakkında eğitim alma isteği                  |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                           | 2,1±0,3 | 0,182 | 2,1±0,3 | 0,432 | 2,2±0,3 | 0,763 |
| Evet                                            | 2,2±0,2 |       | 2,1±0,2 |       | 2,2±0,2 |       |
| Bugüne kadar Afet yaşama                        |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                           | 2,2±0,2 | 0,950 | 2,1±0,2 | 0,339 | 2,2±0,2 | 0,874 |
| Evet                                            | 2,2±0,2 |       | 2,0±0,2 |       | 2,2±0,2 |       |
| Afette Zarar Görme                              |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                           | 2,2±0,2 | 0,959 | 2,0±0,2 | 0,088 | 2,2±0,2 | 0,240 |
| Evet                                            | 2,2±0,2 |       | 2,3±0,1 |       | 2,1±0,1 |       |
| Bir afette hekim olarak çalışma                 |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                           | 2,2±0,2 | 0,457 | 2,1±0,2 | 0,029 | 2,2±0,2 | 0,348 |
| Evet                                            | 2,1±0,3 |       | 1,6     |       | *       |       |
| Afet olsa gönüllü çalışma isteği                |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                           | 2,1±0,3 | 0,457 | 2,0±0,3 | 0,326 | 2,3±0,2 | 0,846 |
| Evet                                            | 2,2±0,2 |       | 2,2±0,2 |       | 2,2±0,2 |       |
| Fikrim Yok                                      | 2,2±0,2 |       | 2,1±0,3 |       | 2,2±0,2 |       |
| Afet nedeniyle yakınının zarar görmesi          |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                           | 2,2±0,2 | 0,263 | -       | -     | 2,2±0,2 | 0,263 |
| Evet                                            | 2,2±0,2 |       | -       |       | 2,2±0,2 |       |
| Bu durum sizi nasıl etkiledi?                   |         |       |         |       |         |       |
| Fazla etkilemedi                                | 1,9±0,2 | 0,167 | -       | -     | 1,9±0,2 | 0,167 |
| Oldukça Etkiledi                                | 2,2±0,2 |       | -       |       | 2,2±0,2 |       |
| Derinden Etkiledi                               | 2,2±0,1 |       | -       |       | 2,2±0,1 |       |
| AT: Afet Tıbbı                                  |         |       |         |       |         |       |

**Tablo 5.9.** Aile Hekimliği Asistanlarının Diğer Demografik Bulgularına Göre Bilgi Düzeyi Skoru (Devamı)

| Demografik Bulgular                                          | Toplam  | p     | Erkek   | p     | Kadın   | p     |
|--------------------------------------------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| Aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olmalı mı ?    |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                                        | 2,1±0,3 | 0,121 | 2,0±0,3 | 0,105 | 2,2±0,2 | 0,675 |
| Evet                                                         | 2,2±0,2 |       | 2,1±0,2 |       | 2,2±0,2 |       |
| Fikrim Yok                                                   | 2,1±0,2 |       | 2,1±0,2 |       | 2,2±0,2 |       |
| AT alanında bir yan dal ihdas edilirse AH başvurabilmeli mi? |         |       |         |       |         |       |
| Kesinlikle Hayır                                             | 2,1±0,3 | 0,306 | 2,0±0,3 | 0,588 | 2,1±0,1 | 0,233 |
| Hayır                                                        | 2,2±0,3 |       | 2,1±0,3 |       | 2,2±0,3 |       |
| Kararsızım                                                   | 2,2±0,2 |       | 2,1±0,3 |       | 2,3±0,2 |       |
| Evet                                                         | 2,2±0,2 |       | 2,2±0,2 |       | 2,2±0,2 |       |
| Kesinlikle Evet                                              | 2,3±0,2 |       | 2,2±0,3 |       | 2,3±0,2 |       |
| AT alanında uzmanlaşmak ister misiniz?                       |         |       |         |       |         |       |
| Hayır                                                        | 2,2±0,2 | 0,195 | 2,2±0,3 | 0,777 | 2,2±0,2 | 0,154 |
| Evet                                                         | 2,2±0,2 |       | 2,2±0,2 |       | 2,3±0,2 |       |
| AT: Afet Tıbbı                                               |         |       |         |       |         |       |



## 6. TARTIŞMA

Bu yapılan çalışma çerçevesinde özellikle Türkiye yazınında olmak üzere, uluslar arası literatür kapsamında araştırılabildiği kadarıyla pek fazla araştırma bulunmadığından elde edilen veriler ışığında bu konu irdelenmeye çalışılacaktır.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin sadece %9,2'sinin (n:16) şu an çalıştığı klinikte afet tıbbı eğitimi aldığını belirtmesi bu konunun ne yazık ki pek fazla üstünde durulmadığını göstermektedir. Ayrıca asistanlığa yeni başlamış hekimlerin oryantasyon eğitimlerinde ya da eğitim yılı başında o senenin anlatılacak konuları belirtilmiş olup ta henüz işlenmemiş bir afet tıbbı ile alakalı ders olup olmadığı sorulduğunda 68 kişi bilmediğini belirtirken sadece 2 kişinin (%1,1) “Evet, var” dediği görüldü. Bu yüzde durumun daha da endişe verici olduğunu göstermektedir.

Diğer taraftan afet yönetimi eğitimi alıp almadığıyla ilgili sorgulamanın yalnız aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecine özel kalmaması istendiğinden bütün tıp eğitimi veya daha önce çalıştığı yerlerdeki almış oldukları sürekli tıp eğitimi çerçevesinde bu konunun irdelenip irdelenmediği “Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuyla genel bir çerçevede tekrar sorulmuştur. Böylelikle aslında katılımcıların tüm eğitim hayatı yani lisans öncesi, sırası ve sonrasını da kapsayan genel bir eğitim-öğretim süreci sorgulanmıştır. Yalnızca %15.5'inin (n:27) tüm eğitim hayatı boyunca bu konu ile alakalı ders gördüğünü belirtmesi düşündürücüdür. Nitekim bu çalışma özelindeki katılımcıların Türkiye'nin değişik bölgelerinde eğitim aldığı göz önüne alındığında aslında Türkiye gibi afetlerin çok olduğu bir ülkedeki eğitim ve öğretim sisteminin afet eğitimi özelinde yeniden gözden geçirilmesi gerekliliğini düşündürmektedir. Nitekim verilen cevaplar incelendiğinde 1 kişinin lisans öncesi dönemde, 13 kişinin lisans eğitiminin yani tıp fakültesi eğitiminin değişik dönemlerinde ve 4 kişinin ise lisans sonrası asistanlık eğitimi öncesinde çalıştığı yerlerde toplamda genelde 1 ya da 2 saatlik eğitimler aldıkları tespit edilmiştir. Ayrıca 4 kişinin de asistanlık döneminin değişik yer ve zamanlarında yine 1 ya da 2 saatlik eğitim aldıklarını belirttikleri görülmüştür. Daha öncede bahsedildiği gibi afetteki en önemli profesyonel güç olan sağlık personelinin ve bunlardaki en önemli kesim olan doktorların afet eğitiminden yoksun kaldıkları

görülmektedir. Böylesi bir eğitim eksikliğinin ileride afet yönetimi başarısızlığını da beraberinde getirebileceği unutulmamalıdır.

Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim alan AHA'ların %88,9'u (n=24) "Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak ister misiniz?" sorusuna evet derken, eğitim almayan AHA'ların %87,7'si (n=114) ve eğitim aldığını hatırlamayan AHA'ların %88,2'sinin (n=15) evet dediği saptandı (p=0,984). Buna göre alınan eğitimlerin yeterli olmadığı ve alınacak eğitimlere herkesin ihtiyacının olduğu kanaatine varılabilir.

Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim alan AHA'ların yüzdesi "aile hekiminin afetlerde bir rolü olmalı mı" sorusuna evet cevabı veren gruptakilerin, hayır / fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla yüksek olduğunun saptanması aslında eğitimin beraberinde sorumluluk bilincini de getirdiğini düşündürülebilir (sırasıyla %18, %5,6, %5,9; p=0,042). Yani bu anlamlı ilişki bir afet yönetiminde aile hekimlerinin rollerinin olması gerekliliğine inanan AHA'ların daha önce bu konuda eğitim görenler olduğunu düşündürdü. Eğitimle beraber vazife, sorumluluk bilincinin oluşabildiği görülmektedir.

Diğer taraftan genel itibarıyla sorumluluk duygusu/bilinci hakkında aile hekimliği asistanlarından % 79,9'unun (n:139) afet yönetiminde kendi rolünün olması gerektiğini ifade etmesi; AHA'ların aslında büyük bir çoğunluğunda vazife bilincinin olduğunu da göstermektedir. Diğer bir deyişle aile hekimlerinin afet yönetiminin bir yerine kendilerini koydukları görülmüştür. Yani AHA'ların aile hekimleri için afet konusu hakkında söz sahibi olması gerektiği kanaatine sahip oldukları söylenebilir. Bunu teyit eden ise; "Afetlerde aile hekiminin rolü olmalı" diyen AHA'ların oranı; hayır ya da fikrim yok diyen AHA'ların oranına kıyasla daha yüksek olmasıdır(p=0,023).

Aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olması sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta, istemeyen gruba kıyasla yüksek çıktı (%92,6 vs %81,1; p=0,032). Bu anlamlı ilişki afet yönetiminde aile hekimlerinin rollerinin olması gerekliliğine inanan AHA'ların, afet konusunda daha çok uzmanlaşmak istedikleri sonucunu gösterebilir.

Nitekim vazife bilinci olanların eğitimlerinin bu konuda yeterli düzeye gelmesini istedikleri de ortaya çıkmıştır. "Aile hekiminin afetlerde bir rolü olmalı

mi” sorusuna evet cevabını veren AHA’ların oranı, “Aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatlarında afet tıbbi konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini” arzu eden AHA grubunda, arzu etmeyen gruba kıyasla daha yüksek bulundu (%88,2 vs %40;  $p=0,001$ ). Burada eğitim ile sorumluluk bilincinin birbirini desteklediği görülmektedir. Yani afette bir rolünün olduğunu düşünenler bu rollerine uygun, ciddi bir eğitimden geçmek istediklerini ve bunun da kendi uzmanlık eğitimi sürecinde sağlanmasını arzu ettikleri ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bu isteklilik sadece bu grupta olmayıp tüm asistanların %82,8’inin kendi eğitim müfredatlarında afet tıbbının ciddi bir şekilde ele alınıp anlatılması gerektiğini üstüne basarak ifade ettiği de görüldü ( $p=0,001$ ). Kadın asistanların ise bu konuda daha istekli oldukları ortaya çıkmıştır (%67,9 vs %89,8;  $p=0,001$ ). Burada kadın asistanların büyük bir olayda çaresiz kalmak yerine bu konuda bilinçlenmek istemeleri onların çoğu konuda olduğu gibi bu konuda da daha hassas olduklarına bağlanabilir. Bu durumu etkileyen faktörlerden biri de arasında yakınlarının bir afet nedeniyle zarar görenlerin tamamının kadın katılımcı grubundan çıkmış olması olabilir (%12,7;  $p=0,012$ ).

Ayrıca “Aile hekiminin afetlerde bir rolü olmalı mı” sorusuna evet cevabını veren grupta kadın AHA’ların oranı da yüksek tespit edilmiştir( $p=0,023$ ).

Ayrıca AHA’lara “Afet tıbbi hakkında herhangi bir eğitim almak ister misiniz?” şeklinde eğitim konusunu pekiştiren başka bir soru daha sorulmuştur. AHA’ların %87,9’u ( $n:153$ ) afet tıbbi hakkında eğitim almak istediklerini belirtirken sadece 21 kişi istemediğini belirtmiştir. Kadın katılımcılarda evet diyenlerin oranı erkek katılımcılarınkine kıyasla daha yüksek olması önceki görüşü destekler nitelikteydi (%76,8 vs %93;  $p=0,004$ ). Gerçi burada kadın asistanların yakınlarının zarar görmesinden dolayı mı daha hassas oldukları yoksa kadınların daha hassas olması, yakınlarının zarar gördüğü düşüncesine mi onları daha çok ittiği; araştırılmaya muhtaç bir konu olarak gözükmemektedir. Kadınların daha incinebilir bir grupta olabileceği ise unutulmaması gereken bir faktördür[63, 64]. Ayrıca kadınlarda afet yaşayanların oranı, erkeklerde afet yaşayanlara kıyasla daha yüksek olması bu durumu destekleyen başka bir faktör olarak görülebilir (%19,6 vs %40,7;  $p=0,006$ ).

Yakınlarının herhangi bir afette zarar görmesi durumunun katılımcıları nasıl etkilediğine bakıldığında; “Fazla etkilemedi” diyen AHA’ların %50’sinin, “Oldukça etkiledi” diyen AHA’ların %83,3’ünün ve “Derinden etkiledi” ifadesini kullanan

AHA'ların ise tümünün Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu ettikleri ortaya çıkmıştır( $p=0,033$ ). Bu anlamlı ilişki böylesi durumlarda hekimlerin afet tıbbı eğitimi konusundaki isteklilik durumlarını değiştirebileceğini düşündürmektedir.

Ayrıca “Fazla etkilemedi” diyen AHA'ların %50'sinin, “Oldukça etkiledi” diyen AHA'ların %83,3'ünün ve “Derinden etkiledi” diyen AHA'ların ise %85,7'sinin bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak istedikleri ortaya konmaktadır ( $p=0,047$ ). Bu anlamlı ilişki ise afet sebebiyle bir yakınının zarar görmüş olmasının hekimlerin afetlere yaklaşım durumlarını da değiştirebileceğini düşündürmektedir.

“Fazla etkilemedi” diyenlerin hiçbiri afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak istemezken “Oldukça etkilendi” diyen AHA'ların %66,7'sinin ve “Derinden etkiledi” diyen AHA'ların ise %71,4'ünün Afet Tıbbı'nda uzmanlaşmak istedikleri görülmüştür ( $p=0,045$ ). Bu da yukarıda bahsedilen görüşü desteklemektedir.

Afetlerde yakınlarının zarar görmesinden etkilendiğini belirten tüm AHA'ların “Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak ister misiniz?” ve AHA'ların “AH'lerinin afetlerde bir rolü olmalı mı?” sorularına “Evet” demesi; afet yaşamış olmanın afet tıbbı eğitiminde ve afet görev bilincinde, kısacası afetlere yaklaşımda önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Diğer taraftan yakınları afetten etkilenen katılımcıların sayısının az olması ( $n:15$ ) yukarıda bahsedilen görüş açısından bir kısıtlılık oluşturmaktayken; “Afette zarar gördünüz mü” sorusuna evet cevabı veren AHA'ların oranı; Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda, istemeyen gruba kıyasla daha yüksek olması bu görüşü destekler mahiyetteydi (%27,6 vs %0;  $p=0,001$ ). Yani afetten bizzat kendisinin zarar görmesinin de hekimleri afet yaklaşımı açısından daha duyarlı hale getirebildiği söylenebilir. Zarar görsün yada görmesin afet yaşayan tüm AHA'larda bile durum aynı çıkmıştır (%37,9 vs %4,8;  $p=0,002$ ).

Ayrıca afette zarar gören AHA'ların oranının; aile hekiminin afetlere yaklaşımda bir rolü olmalı mı sorusuna evet cevabı veren grupta, hayır/fikrim yok cevabı veren gruba kıyasla yüksek olması da bu görüşü destekler özellikte olduğu söylenebilir (%30 vs %0 vs %14,3;  $p=0,344$ ).

“Bugüne kadar herhangi bir afet yaşadınız mı?” sorusuna evet cevabı veren AHA’ların oranının; “Aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olmalı mı?” sorusuna evet cevabı veren grupta, hayır cevabı veren gruba kıyasla yüksek olması (sırasıyla %36, %11,1, %41,2;  $p=0,072$ ) ve Aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olması gerektiğine inanan AHA’ların oranının; afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla daha yüksek olması (%86,3 vs %33,3;  $p=0,001$ ); araştırmacıları afet yaşayanların daha çok afet görev bilincine sahip olabileceği ve bu afet görev bilinci olanlarında afet tıbbı hakkında daha fazla eğitim görme isteği içinde olabileceği sonucuna da götürebilir.

Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs alan AHA’ların %74,1’i ( $n=20$ ) “Bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak ister misiniz?” sorusuna evet derken, bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim/kurs almayan AHA’ların %62,3’ünün ( $n=81$ ) evet dediği saptandı ( $p=0,112$ ). Buna göre eğitim görmenin eğitimin uygulanacağı afet sahasında gönüllü hekimlik yapma isteğini artırabileceğini düşündürmüştür.

Diğer taraftan genel olarak AHA’lara “Bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak ister misiniz?” sorusuyla afet yönetimine dâhil olma istekleri konusundaki görüşleri sorgulandı. Buna göre; yüksek bir yüzde ile (%62,1) AHA’ların gönüllü olarak bir afette çalışmak istedikleri ortaya çıktı ve isteklilik kadın ve erkek AHA’larda benzer oranda idi (%60,7 vs %62,7), genel olarak gönüllü olarak çalışma isteğine evet cevabı veren erkek ve kadın AHA’ların oranı; hayır ya da fikrim yok diyen kadın ve erkek AHA’lara kıyasla daha yüksekti ( $p=0,011$ ). Bu bulgulara bakıldığında hekimlerin eğitim görme isteğine paralel olarak gönüllü çalışma isteğinin de yüksek olduğu görülmektedir.

Hatta afet yaşayan AHA’ların oranının; bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta, çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla daha yüksek olması yukarıda bahsedilen hipotezi destekler nitelikte olmasına ek olarak gönüllü olarak çalışma isteğini de artırdığı görülmektedir (sırasıyla %42,6, %25,0, %17,4;  $p=0,005$ ).

Aynen eğitimle vazife bilinci duyma arasındaki istatistiksel anlamlı ilişkide olduğu gibi aile hekiminin afetlerde bir rolü olması gerektiğine inanan AHA’ların oranı bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta, çalışmam cevabını

veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla %92,6, %35,0, %69,6;  $p=0,001$ ). Yani vazife bilinci içerisinde olan AHA'ların, gönüllü olarak bir afette çalışmak isteğinin yüksek olduğunun görülmesi; ilerisi için umut vermektedir.

Diğer taraftan hiç eğitim almamak bazen bu konudaki ihtiyacın daha da hissedilmesine sebep olabilir. Çünkü “Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim alan” AHA'ların %74,1'i ( $n=20$ ), “Aile hekimliği eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eder misiniz?” sorusuna evet derken, eğitim almayan AHA'ların %84,6'sının ( $n=110$ ) evet demelerinin saptanması araştırmacının ileriye dönük bu hipotezi kurmasına yardımcı olabilir( $p=0,445$ ).

Ayrıca başkası adına endişe duyma ile afete yaklaşım istekliliği arasındaki ilişkiye bakıldığında bazı bulgular katılımcıların çocuğunun olması, başkalarıyla beraber yaşaması durumlarında daha hassas olup afete yaklaşım istekliliğini artırdığı yönündeki görüşü desteklediği gibi, bazılarının ise bu önermeyi desteklemediği görüldü.

Bulgulara bakıldığında; afetlerde gönüllü olarak görev yapan sadece 2 hekim olmakla beraber bu AHA'ların 1 çocuk sahibi olması; 1 çocuğu olan AHA'ların %45,9'u ( $n=17$ ), 2 çocuğu olan AHA'ların %70'inin ( $n=7$ ) bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak istediğini giderek artan oranda belirtmesinin ( $p=0,014$ ) ve çocuğu olmayan AHA'ların %58'inin ( $n=58$ ), 1 çocuğu olan AHA'ların %64'ünün ( $n=16$ ) ve 2 çocuğu olan AHA'ların %75'inin ( $n=6$ ) afet tıbbı konusunda giderek artan yüzdelerde uzmanlaşmak istediğini belirtmelerinin ( $p=0,594$ ) bu görüşü destekler mahiyette olduğu görülmüştür.

Ancak çocuğu olmayan AHA'ların %81,1'inin ( $n=103$ ), 1 çocuğu olan AHA'ların %78,4'ünün ( $n=29$ ) ve 2 çocuğu olan AHA'ların %70'inin ( $n=7$ ) aile hekiminin afetlere yaklaşımında bir rolü olması gerektiğini giderek azalan yüzde ile belirtmesi ( $p=0,756$ ), çocuk sahibi olmayan AHA'ların %89,8'inin ( $n=114$ ), 1 çocuğu olan AHA'ların %83,8'inin ( $n=31$ ), 2 çocuğu olan AHA'ların %80'inin ( $n=8$ ) afet tıbbı hakkında bir eğitim almak istediğini giderek azalan yüzdede belirtmelerinin ise ( $p=0,479$ ) bu görüşü desteklemediği görülmüştür.

“Daha önce bir afette hekim olarak çalıştınız mı” sorusuna “yalnız, anne-baba ve eşleri ile” yaşayan AHA'ların tümünün hayır cevabı verirken, “eş ve çocukları”

ile yaşıyan AHA'ların %4,5'inin, diğerk şekilde yaşıyan AHA'ların %11,1'inin evet cevabı vermesi gibi bazı bulgularda ise bu görüşü hem destekler hem de desteklemez verilere sahip olunduğı görülmüştür (p=0,035).

AHA'lara ayrıca "Gelecekte afet tıbbı alanında bir yan dal ihdas edilirse aile hekimleri bu yan dala başvurabilmeli mi?" şeklinde bir soru daha soruldu. Katılımcılardan bu soruyu 5'li likert şeklinde cevaplaması istendi. Yüzde 23'ü kesinlikle evet, %47,1'i evet, %19'u kararsız, %8,6'sı hayır, %2,3'ü kesinlikle hayır cevabı vermiş ve "Evet" cevabı veren katılımcılarda kadınların yüzdesi erkeklere kıyasla daha yüksek çıkmış olup aradaki farkın anlamlı olduğı saptanmıştır (p=0,042). Ayrıca olumlu yanıt verenlerin (n:122 ; %70.1) tümünün cevaplamaları istenen buna rağmen kararsız kalanların da bir kısmının (n:11) cevapladığı "siz bu konuda uzmanlaşmak ister misiniz?" sorusuna 80 kişi olumlu cevap verdi. Kısaca aile hekimliğı asistanlarından sadece %10,9'unun olumsuz baktığı ve %60,2' sinin de afet tıbbı yandalında ihtisas yapmak istediğı ortaya çıktı. Ancak genel bilgiler kısmında bahsedildiğı üzere aile hekimliğı disiplininin özelliklerine ters bir durum olarak bu sonuç ortaya çıkmıştır. Yani bütüncül ve kapsayıcı bir yaklaşım göstermesi beklenen aile hekimliğı uzmanlık öğrencileri ek bir yandal ihtisası istemektedirler. Bu durum düşündürücü olmakla beraber nedenlerinin saptanması gerekmektedir. Belki de bu durum Afet Tıbbı'na has bir özellik olarak düşünülebilir. Nitekim genel bilgiler kısmında bahsedildiğı üzere afet yönetimi, tarifi ve yaklaşımı bütüncül ve kapsayıcı bir mahiyette olması ile aile hekimliğı disiplinine benzemesi cihetinden bu sonuç ortaya çıkmış olabilir.

Nitekim bu soru ile ilgili bulgulara bakıldığında; gelecekte afet tıbbı alanında bir yandal ihdas edilirse aile hekimleri bu yandala başvurabilmeli sorusuna "Kesinlikle Evet" diyerek bu konu hakkında en yüksek istekliliğı sahip AHA'ların yüzdesi; afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta, istemeyen gruba kıyasla yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı çıkması afet tıbbına has olabilecek bir özellik olarak yorumlanabilir (%40,0 vs %15,1; p=0,001). Yani bu isteklilik bu konuyu kendi disiplinlerine daha yakın bir konu olarak görmüş olabileceklerinden ötürü olabilir. Lakin bu önerme desteklenmeye muhtaçtır.

Gelecekte afet tıbbı alanında bir yandal ihdas edilirse aile hekimleri bu yandala başvurabilmeli sorusuna "Evet" cevabını veren AHA'ların oranı; Afet tıbbı

hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda, istemeyen gruba kıyasla daha yüksekti (%50,3 vs %23,8), ayrıca “Kesinlikle Evet” diyen AHA’ların oranı da; Afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim almak isteyen AHA grubunda istemeyen gruba kıyasla daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı çıkmış olması bu görüşü destekler nitelikteydi (%24,8 vs %9,5;  $p=0,001$ ). Ancak burada zaten yandala başvurabilmeyi isteyen hekimlerin, bu konuda daha fazla eğitim almayı istemesinin normal olabileceği de unutulmamalıdır. Bugüne kadar afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim alan AHA’ların oranı; afet tıbbı konusunda uzmanlaşmak isteyen grupta, istemeyen gruba kıyasla yüksek olarak ve istatistiksel olarak anlamlı çıkması bu soruyu etkileyebilecek başka bir faktör olarak görülebilir (%21,2 vs %11,3;  $p=0,079$ ). Yani daha önce eğitim alanların daha çok uzmanlaşmak ve daha çok eğitim görme isteğinde olabileceği şeklinde düşünülebilir. Kısacası istekliliğin fazla olması tek başına afet tıbbına has bir yandal uzmanlığı isteği şeklinde yorumlanamaz.

Gelecekte afet tıbbı alanında bir yandal ihdas edilirse aile hekimleri bu yandala başvurabilmeli sorusuna “evet” cevabını veren AHA’ların oranı; bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta, çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla daha yüksekti (%53,7 vs %25 vs %41,3), ayrıca “Kesinlikle Evet” diyen AHA’ların oranı da; bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışırım diyen grupta çalışmam cevabını veren gruba ve fikrim yok cevabını veren gruba kıyasla daha yüksekti (%30,6 vs %5,0 vs %13) ( $p=0,001$ ). “Afet tıbbı alanında bir yandal ihdas edilirse aile hekimleri bu yandala başvurabilmeli mi” sorusuna “Evet” cevabını veren AHA’ların, aynı zamanda aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir şekilde irdelenmesini arzu ettikleri görülmektedir (%20,0 vs %52,8;  $p=0,001$ ). “Kesinlikle Evet” diyen AHA’ların da afet tıbbı konularının ciddi bir şekilde irdelenmesini arzu ettikleri görülmektedir (%26,4 vs %6,7;  $p=0,001$ ). Anlamlı bir farklılığa sahip olan bu durumların AHA’ların afet tıbbı eğitimi ve afet yönetimi hakkında ne kadar istekli olduklarını göstermektedir.

AHA’lara afet öncesinde 6 adet, afet sırasında 8 adet ve afet sonrasında 6 adet olmak üzere 20 adet afet yönetimiyle ilgili görev tanımı verildi. Bunlar arasında hangilerinin aile hekiminin görevi olduğu soruldu. Böylelikle AHA’ların Türkiye



Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberindeki aile hekimlerinin afet yönetimindeki görev tanımlarını bilme durumları saptanmaya çalışıldı.

Afet öncesinde, sırasında ve sonrasında sorulan doğru önermelerde “Hayır görevi değildir” cevabına 1, “Fikrim yok” cevabına 2 ve “Evet doğrudur” cevabına 3 skoru verildi, yanlış önermelerde ise “Hayır görevi değildir” cevabına 3, “Fikrim yok” cevabına 2 ve “Evet doğrudur” cevabına 1 skoru verildi. Her bir bireyin cevap verdikleri skorlar toplandı ve toplam soru sayısına bölündü. Böylece her bireyin afet ile ilgili ortalama bilgi düzeyine ulaşıldı. Ortalama bilgi düzeyi 1,5’un altında olan AHA’ların bilgi düzeyi yetersiz, 1,5 ve 2,5 arasında ortalama bilgi düzeyi olan AHA’ların afet tıbbi ile ilgili bilgi düzeyi hakkında fikri olmadığı, 2,5 ve üzerinde olan AHA’ların afet tıbbi ile ilgili bilgi düzeyinin yeterli olduğu belirlendi. Buna göre Aile Hekimliği Asistanlarının toplam ortalama bilgi düzeyi skoru  $2,2 \pm 0,4$  olarak yani “Fikri Olmadığı” şeklinde ortaya çıktı. Afet öncesi dönemde AHA’ların genel ortalama skoru  $2,3 \pm 0,5$  (fikri olmadığı) ; afet sırasında  $1,9 \pm 0,3$  (fikri olmadığı) ve afet sonrası dönemdeki skoru ise  $2,7 \pm 0,4$  (yeterli) olarak ortaya çıktı. Ayrıca, Afet öncesi bilgi düzeyi ile afet sonrası bilgi düzeyi arasında güçlü pozitif yönde korelasyon saptandı ( $r=0,613$ ,  $p<0,001$ ). Afet öncesi bilgi düzeyi ile afet sırasında ait bilgi düzeyi arasında negatif (ters) yönde korelasyon saptandı ( $r=-0,352$ ,  $p<0,001$ ).

Afet sırası bilgi düzeyi ile afet sonrasına ait bilgi düzeyi arasında ise negatif (ters) yönde korelasyon saptandı ( $r=-0,407$ ,  $p<0,001$ ). Burada afet sırasında çıkan negatif korelasyon ve ortalama skor düşüklüğünün sebebi olarak tüm negatif yani yanlış önermelerin afet sırasındaki görev tanımlarının içinde bulunuyor olması olabilir. Yanlış önermelerde katılımcıların daha dikkatli olmasının gerekmesi ve yöneltilen yanlış önermelerdeki ifadelerin çok bariz olmaması (örn. sevk ediyor yerine naklediyor denmesi gibi katılımcının dikkatli okumasını gerektiren kelime yanlışlıklarıyla bazı yanlış önermelerin katılımcıya yöneltilmesi gibi); bu duruma sebebiyet vermiş olabilir. Ayrıca yanlış önermelerin sadece afet sırasındaki görev tanımları arasında verilmesi bu çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

Yaş grupları, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama ve evde kimlerle beraber yaşadığı durumlarına göre bilgi düzeyi skorunun anlamlı farklılık göstermediği gibi bunlarda cinsiyetler arası anlamlı bir fark mevcut değildi. Ancak

daha önce çalışılan kurumlara göre AHA'ların afet tıbbı bilgi düzeyi cinsiyet bazlı incelendiğinde; erkek AHA'larda önceden sağlık ocağında çalışanların afet tıbbı ile ilgili bilgi düzeyi skoru 2.6 olup "Yeterli" bilgi düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Burada geçmişteki Türkiye sağlık sisteminde aile sağlığı merkezleri kurulmadan önce birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü sağlık ocaklarında çalışmanın bilgi ve tecrübe deneyimi açısından AHA'ları daha da yeterli bir hale getirdiği söylenebilir. AHA'lardan erkeklerin yeterli bilgi düzeyine sahip olması durumunu ise, "tüm meslek hayatı müddetince herhangi bir afet planı oluşturulmasında görev alan" erkeklerin oranı kadınlara kıyasla daha yüksek ve anlamlı olması durumuyla açıklanabilir (14,3 vs %1,7; p=0,001). Nitekim bir afet planı hazırlama sürecinde bulunan bir hekimin, hemen hemen Afet Yönetim Süreci'nin tüm basamaklarını beraber incelemesi nedeniyle bu durumun hekimin bilgi düzeyini artırabileceği düşünülmüştür.

AHA'ların görev aldığı hastaneler bazında afet tıbbı bilgi düzeyi skorları incelendiğinde ise Ankara Keçiören EAH'sinde görev yapan AHA'ların ortalama bilgi düzeyi skoru diğer hastanelerde görev yapan AHA'lardan yüksek olup bilgi düzeyinin "Yeterli" olduğunun saptanması, ayrıca Keçiören EAH görev yapan AHA'ların hepsinin kadın olması ve kadın bazında da diğer hastanelere göre yüksek skora sahip olması araştırılmaya muhtaç bir konu olarak gözükmektedir. Gerçi buradaki hastane yöneticilerin ve bir kısım hocaların daha önce acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğünde idareci konumunda çalışan kişilerden olması bu durumu açıklayabilir. Zira bu konuda hastane genelinde olabilecek eğitim ve tatbikatların daha ziyade yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Yalnız bu hastanedeki katılımcıların sadece 2 kişi olması ve hastanesini %25'lik oranda yani diğer hastanelerdeki katılımcı oranlarına nazaran hastanesini en az oranda temsil etmesi bu çıkan sonucun güvenilirliğini azaltmaktadır.

Ayrıca hastaneler EAH ve ÜTF olarak gruplanıp değerlendirildiğinde (n=5;5) Türkiye'deki uzmanlık eğitimi veren iki ana eğitim kurumu türü açısından da bilgi düzeyi skorunun farklılık göstermemesi ve afet tıbbı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında "fikri olmadığı" düzeyinde skorun çıkması afet tıbbı konusu hakkında genel itibariyle eğitime ve öğrenmeye ihtiyacın olduğunu göstermektedir.

Ayrıca hekimlerin tüm meslek hayatı boyunca toplam çalışma süresi 1 yıl, 2 yıl, 3 yıl ve 4 ve üzeri şeklinde gruplandırıldığında çalışma süresi ile bilgi düzeyi skoru arasında ilişki saptanmaması ve benzer şekilde aile hekimliği asistanlarının 1. yıl, 2. yıl ve 3. yıl asistanı şeklinde gruplandırıldığında da gruplar arasında bilgi düzeyi skorunun farklılık göstermemesi bilgi için sadece sürenin değil konu hakkında verilecek eğitimle beraber olan nitelikli zaman diliminin gerekli olduğunu düşündürmüştür. Yani bu konu hakkında ders alıp almamasına bağlı olarak bilgi düzeyinin ancak değişebileceği kanaatine varılabilir.

Eğitim ve bilgi düzeyi konusundaki eksikliklerle beraber;

AHA'ların %83,3'ünün (n:145) daha önce herhangi bir afet tatbikatına yaşamı boyunca katılmadığını belirtmesi,

AHA'ların sadece %5,7'sinin (n:10) tüm meslek hayatı müddetince herhangi bir afet planı oluşturulmasında ya da uygulamasında görev aldığını belirtmesi,

Diğer taraftan 170 asistan hekimin % 97,7'sinin herhangi bir afette hekim olarak çalışmadıklarını ifade etmesi,

Sadece 2 kişinin (1 kadın 1 erkek) yani ankete katılan hekimlerin %1,1'inin afetle alakalı bir kurumda üyeliğinin olduğunu belirtmesi,

115 kişinin yani katılımcıların üçte ikisinin daha önce bir afet yaşamadığını ifade etmesi, aile hekimliği asistanlarının afet ile alakalı deneyim ve tecrübelerinin zayıf olduğu kanaatini de vermektedir.

Çalışmanın kısıtlılıkları arasında yukarıda belirtilenler haricinde bu konu hakkında literatürde aile hekimliği özelinde daha önce yapılmış çalışmaya çok fazla rastlanılmaması ve bu nedenle çok fazla karşılaştırma yapılamaması ve çalışmanın tanımlayıcı bir çalışma olması ve referans alacak genel kaynakların kısıtlılığı gibi sınırlamalar sayılabilir. Ayrıca bu çalışmanın kadın ağırlıklı bir evrende gerçekleştirilmesi bulguların genel olarak değerlendirilmesinde bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Diğer taraftan sadece bir ilde bu çalışmanın yapılması sonuçların genellenemeyeceğini göstermektedir.

Öte yandan çalışmanın alanında özellikle ulusal literatürde bir ilk olması ve bazı hipotezler üretmeye olanak sağlaması da çalışmanın güçlü yönüdür.

## 7. SONUÇ

Bu çalışma ile Ankara İlindeki Aile Hekimliği Kliniklerinde çalışmakta olan asistan hekimlerin afet öncesi, sırası ve sonrasındaki rollerini ve görevlerini bilme durumları saptanmıştır.

Buna göre Ankara'daki aile hekimliği asistanlarının afet tıbbı ve yönetimi ile alakalı eğitimlerinin, bilgi düzeylerinin, deneyim ve tecrübelerinin zayıf ve yetersiz olduğu görülmüştür.

Diğer taraftan aile hekimliği asistanlarının önemli bir kısmında bu konu hakkında eğitim alma, gönüllü olarak çalışma, müfredatlarında ciddi bir şekilde irdelenme ve afet tıbbında uzmanlaşma istekliliği olumlu bir sonuç olarak ortaya çıkmıştır.

Ayrıca görev tanımlarını yeterli düzeyde bilmemelerine rağmen çoğununun bir afette rollerinin olması gerekliliğine inanmaları araştırmacılara bu konu hakkında görev bilinci içerisinde olan aile hekimliği uzmanlarının yetişmekte olduğunu göstermiştir.

Riskler ve afetlerle baş edebilme kapasitesi yüksek, dirençli ve az zarar görebilir bir toplum için, farkındalık düzeyi artmış aile hekimleri olma yolunda ilerlenebileceğini bu sonuçlar desteklemiştir.

Nitekim bütüncül yaklaşımıyla toplumlarına bir önder ve rehber olabilen aile hekimlerinin afet yönetimindeki farkındalık ve bilgi durumları artırılarak sağlıkta afet yönetimi ve afet tıbbı uygulamalarının daha kaliteli ve verimli sunulmasına bu çalışma ile katkı sağlanmıştır.

Aile hekimi başarılı bir profesyonel müdahaleyle krize girmiş olan kişiyi normal yaşantı düzeyine ulaşmasına, hatta “daha iyi bir fonksiyonel kapasiteye” kavuşturarak o kişinin daha da “kalkınmasına ve gelişmesine” destek verebilir. Toplumı böylesi bireylerden oluşan bir ülkenin de böylelikle uygun bir afet yönetimiyle kalkınmasına yardımcı olunabilecek ve sürdürülebilir bir afet yönetimi yapılabilir olacaktır.

Bu çalışma sınırlılıklarına rağmen afet yönetimi gibi önemli bir konuyu irdemesi sebebiyle aile hekimliği alanına önemli bir katkı yapmıştır. İleride yapılacak başka çalışmalara bir kaynak oluşturmuştur.

Türkiye’de aile hekimliği özelinde gerek Türkçeye çevrilen rehberler, kitaplar olsun gerekse bizzat Türkçe yayınlar olsun afet tıbbı ve afet yönetimi hakkında yapılan literatür incelemesi sonucunda bir kitap bölümü hariç bu çalışmanın ilklerden olduğu anlaşılmaktadır[52]. Dolayısıyla bu konudaki mühim bir boşluğu kısmen de olsa doldurabileceği görülmüştür.

Ayrıca bu çalışma ile Ankara İlindeki AHA’ların büyük bir çoğunluğunun bazı sosyodemografik özellikleri saptanmış olup ileride bu evrende yapılabilecek araştırmalara fikir vermesi beklenmektedir.

Afet öncesi, sırası ve sonrasında yürütülmesi gereken faaliyetlerin genel ismi olan sağlık afet yönetiminde aile hekimlerinin kendi rollerini keşfetme olanağı sağlanmıştır.

Bu çalışma ile sadece Ankara’daki AHA’larda afet tıbbı hakkında farkındalık oluşturulmamış ayrıca gidilen kliniklerin öğretim üyelerinde de bu konu ilgi çekmiştir. Sağlık Bakanlığı ile Ankara Atatürk EAH ile afiliye olan Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Rektörlüğü arasındaki “Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sürekli Mesleki Gelişim Çerçevesinde Aile Hekimlerinin Durum Tespiti ve Eğitim Sonucu Gelişimlerinin İzlenmesi” konulu hizmet alım protokolü gereği Türkiye’deki yaklaşık 21500 aile hekimine “Aile Hekimlerinin Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimleri” kapsamında internet yoluyla uzaktan eğitimler verilmektedir. Bu çalışma doğrultusunda gidilen kliniklerden olan Ankara Atatürk EAH öğretim üyelerince afet yönetimi konusunun önemi bir kez daha anlaşılmış ve yapmış oldukları protokol gereği Aile Hekimleri Uzaktan Eğitim Merkezi (AHUZEM) “Afet Yönetimi” dersiyle ilk defa tüm Türkiye’de çalışan aile hekimleri bu konu hakkında bilgilendirilmesine katkı sağlanılmıştır[65].

Böylelikle aile hekimlerinin uzmanlık eğitiminde, sağlıkta afet yönetimi ve afet tıbbı konularına daha yoğun yer verilmesine katkı sağlanmıştır.

Bilgi düzeyi artmış toplum bilinci ve kültürü oluşturmak adına afet tıbbı bilgi düzeyi artmış sağlık profesyonellerinin afet algıları artırılarak onların eğitime teşvikleri de sağlanmıştır.

Afet yönetiminde eskiden müdahale tabanlı bir yaklaşım varken belki de en çok ihtiyaç duyulan hekim grubu acil tıp uzmanları ve acil hekimleri olmuştur. Ancak yeni modern afet yönetim sürecinin merkezine zarar görebilirlikleri azaltmak

temelinde risk yönetiminin gelmiş olması yeni bir hekim grubuna ihtiyacı ortaya koymuştur. Risk altındaki grubu iyi tanıyan, koruyucu hekimliği temel alan dolayısıyla risk yönetimini yerel düzeydeki adaptasyonu ile ve Türkiye’de önemli bir sağlık gücüyle aile hekimlerinin bu görev boşluğunu doldurması öngörölmüş ve yapılan bu çalışmada bunun ilk nüveleri atılmıştır.

Bireyle beraber bireyin sağlığı hakkında ortak karar verme kültürüne sahip aile hekimlerinin toplumla beraber risk değeriendirme yapıp afet planının ve afet bilincinin oluşturulmasında büyük katkıların olabileceği bu çalışmada işlenmiştir.



## 8. ÖNERİLER

Huzurlu, güvenli ve afet bilinci kültürüne sahip toplum oluşturmak adına toplumları açısından lider ve rehber olabilecek aile hekimlerinin “Afet Yönetimi ve Afet Tıbbı” açısından eğitilmesi gerekmektedir.

Yerel düzeyde Anadolu’nun değişik coğrafyalarında aktif olarak görev yapan aile hekimlerine verilen sürekli eğitim çerçevesindeki derslerle, ileride kaliteli ve güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti vermesi beklenen aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitim müfredatlarında konunun ciddi bir şekilde yer alması yoluyla ve aile hekimliği camiasına hitap eden kongre, sempozyum ve panellerde bu konunun işlenmesinin yaygınlaştırılmasıyla eğitim faaliyetleri geniş bir çerçevede sağlanmalıdır.

Aile hekimliği camiasından bu konu hakkında uzmanlaşmak isteyenler Türkiye’de bulunan yüksek lisans programlarıyla (YLP) (Hacettepe ÜTF Halk Sağlığı Enstitüsü Sağlıkta Afet Yönetimi YLP ya da Türkiye Orta Doğu Amme Enstitüsü Afet Yönetimi YLP) veya Avrupa’daki uzaktan eğitimi master programlarıyla kendilerini yetiştirme yolunda ilerlemelidirler[46]. Vakti olmayıp bu konu hakkında detaylı eğitim almak isteyenlere de sertifikasyon programlarıyla bilgilendirme çalışmaları yürütülmelidir (UMKE eğitim sertifikasyonu ya da yeni oluşturulabilecek aile hekimliğine özel afet yönetimi sertifikasyon eğitimi ile).

Aile hekimlerinin afet yönetimi hakkında daha detaylı ve geniş çerçevede araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Aile hekimlerinin gereksiz iş yükü ve çok fazla olan kayıtlı nüfusu azaltılmalıdır. Böylelikle ancak böylesi hayati önem arz eden konularda kendilerini yetiştirebilir ve bağlı oldukları nüfusu bilgilendirip toplumun bilinçlenmesini sağlayabilirler.

Ayrıca eğitimin tüm safhalarında, afet eğitimi konusunun yetersizliğinin yapılan çalışmada görülmesiyle öğrencilere afet bilinci ve afetler ile mücadele etme kültürü verilmesi adına bu konu özelinde tüm eğitim öğretim müfredatı yeniden gözden geçirilmelidir.

Özellikle afet yönetimindeki başarının sağlıkta afet yönetimine bağlı olduğu düşünüldüğünde afet tıbbı dersleri sadece uzmanlık bölümlerinde değil tıp lisansı

eğitimi derslerinde de mutlaka olmalı ve müfredatlara yerleştirilip standartlaştırılmalıdır.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatında da afet tıbbı konusu yerleştirilmelidir. Bu ders bünyesinde verilecek ders materyali açısından (“Disaster Medicine, Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents”) bazı önerilen rehberler kullanılabilir.

Böylelikle gelecekte Aile Hekimliği Uzmanı olarak gerek İSM’lerde, gerek TSM gerekse de ASM’lerde görev yapacak olan ve şu anda bu konu hakkında eğitimler alıp pratik kazanması beklenen asistan hekimlerin afette sağlık yönetimi ve afet tıbbı hakkındaki algı ve farkındalık seviyeleri üst seviyede tutulmalıdır.

Diğer taraftan sadece eğitim almakla yetinmeyip bilgilerin uygulamaya geçirilmesi için de çalışılmalıdır. Bu uygulama sürecinde de multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir. Tüm disiplinlerle beraber genel bir afet bilinci ve kültürü yapılacak tatbikatlar ile oluşturulmalıdır. rnek alışma takvimleri hazırlanarak “Afete Hazır Aile Hekimleri” olma yolunda ilerlenmelidir.



## ÖZET

**Yılmaz, T.E. Sağlıkta Afet Yönetiminde Aile Hekiminin Rolü ve Ankara'daki Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Yönetimi Farkındalığı. S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2015.** Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, aile hekimlerinin afetlerdeki görev ve sorumlulukları konusuna yer verilmesi beklenmektedir. Aile hekimleri, afet yönetiminde, toplumları için rol model olması itibarıyla önemli bir yere sahiptir. Aile Hekimliği Asistanlarının (AHA), afet öncesi, sırası ve sonrasındaki rollerini ve görevlerini bilme durumlarını saptamak ve afet tıbbı hakkındaki farkındalık durumlarını artırmak amacıyla bu çalışma planlandı. Evren ve örneklem, Ankara ilindeki Aile Hekimliği Kliniğinde eğitim gören tüm asistan hekimler olarak belirlendi (n:233). Bu çalışmada iki farklı materyal uygulandı. İlk materyalde asistan hekimlerin sosyodemografik bilgileriyle beraber afet ile ilgili eğitim, tecrübe, görüş, isteklilik ve davranışları sorgulandı. Diğer materyal ile AHA'ların afet ile ilgili rollerini ve görevlerini bilme düzeyleri araştırıldı. Anketler gözlem altında yanıtlama yöntemiyle asistan hekimlerin bulundukları kliniklerde uygulandı. 174 AHA anketi cevapladı (tüm evrenin %74,6'sı). AHA'ların sadece %9,2'si şuan çalıştıkları yerde afet tıbbı dersi aldığını belirtirken %82,4'ü ise uzmanlık müfredatında afet tıbbının ciddi bir şekilde irdelenmesini istediğini belirtti. AHA'ların toplam ortalama afetle ilgili görev tanımlarını bilme skoru  $2,2 \pm 0,4$  olarak saptandı. AHA'ların bilgi düzeyinin bu konu hakkında "fikrinin olmadığı" şeklinde tespit edildi. AHA'ların %80'i aile hekimlerinin afette bir rolünün olması gerektiğini belirtti. AHA'ların %83,3'ünün daha önce herhangi bir afet tatbikatına katılmadığı, sadece %5,7'sinin bir afet planı oluşturulmasında görev aldığı saptandı. AHA'ların afet yönetiminde bilgi eksikliklerinin yanı sıra tecrübe eksikliğinin de var olduğu tespit edildi. AHA'ların bu konu hakkında eğitim alma, gönüllü olarak çalışma, müfredatlarında ciddi bir şekilde irdelenme ve afet tıbbında uzmanlaşma istekliliği ile afetlerde rolümüz olmalı kanaatleri olumlu bir sonuç olarak ortaya çıkmıştır. Bu çalışmayla hâlihazırda bulunan sınırlı sayıdaki literatüre katkı sağlanmış, farkındalık oluşturulmuş ve afet yönetiminde aile hekimlerinin mevcut durumu ortaya konularak gelecekte aile hekimlerince yapılacak kapsamlı çalışmalara kapı aralanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği, Afet Tıbbı, Afet Yönetimi, Müfredat

## ABSTRACT

**Yılmaz, T. E. The Role of the Family Physician in Health Disaster Management and Awareness of Disaster Management of Family Medicine Residents in Ankara. Ankara Numune Training and Research Hospital, Family Medicine Department. MD thesis. Ankara 2015.** In the family medicine residency training, it is expected that the duties and responsibilities of Family Medicine Assistants (FMA) on disasters will be a part of their training. Family physicians are role models for their societies in disaster management and have an important place in it. This study was planned in order to determine the FMAs' knowledge of their roles and duties before, during and after the disaster and to increase their awareness about disaster medicine. In this study two different instruments were used; a questionnaire about socio-demographic factors, disaster experience and attitudes and a questionnaire about Tasks of Family Physicians in disaster management. We applied these instruments to all the Training and Research Hospitals and Universities in Ankara, where family medicine trainings are provided (n:233). 174 residents were applied (%74.6 of all the family medicine residents in Ankara). Only 9.2% of the residents stated that they had received training on disaster medicine where they currently work. The other 82.4% stated that they want disaster medicine to be thoroughly taught in the specialty curriculum. The total mean score of the residents for knowing their job definitions was  $2.2 \pm 0.4$ . The knowledge level of the residents on this subject was thus found as "Unsure". Furthermore, 80% of the residents stated that family physicians should have a role in disasters. It was found that 83.3% of the residents had never joined a disaster drill, 5.7% had participated in applying a disaster plan. All the findings indicated that the residents participating in the study lacked not only information on disaster management but also experience. On the other hand, the residents' willingness to receive training, to work voluntarily, to significantly question the curriculum, to specialize in disaster medicine, and the residents believe in the necessity of their roles in a disaster were a positive outcome. This study has contributed to the limited literature, increased awareness, and opened a new avenue of research for studies to be conducted with family physicians by demonstrating the current situation of family physicians in disaster management.

**Key words:** Family Medicine, Disaster Medicine, Disaster Management, Curriculum

## KAYNAKLAR

1. BAHÇEBAŞI, T., et al., *ACİL VE AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ*, in *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi*, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara. p. 322-353.
2. *AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER BİRLİĞİ PSİKOSOSYAL UYGULAMALAR KATILIMCI KİTABI*, APHB, Editor. 2011.
3. Allen, J., et al., *THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE Türkçe Çevirisi AİLE HEKİMLİĞİ AVRUPA TANIMI*, ed. O. Başak and E. Saatçi. 2011, Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları.
4. Yürütme Kurulu, T., *TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ YETERLİLİK KURULU AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ ÇERÇEVE PROGRAMI*. 2013, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.
5. AAFP, *Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents Disaster Medicine*, in *Revised 01/2008, Revised 10/2009 by Sioux Falls Family Medicine Residency Program, Revised 7/2012 by University of Arkansas West – AHEC Fort Smith Arkansas*. 2003, The American Academy of Family Physicians. p. 1-14.
6. Bakanlık, T.C.S., *T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI 2013-2017 STRATEJİK PLANI* 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı: Ankara.
7. AKBABA, M., et al., *Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler*, in *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi*, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara. p. 72-107.
8. *Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge*, in 25143. 2011.
9. *Critical Challenges for Family Medicine: Delivering Emergency Medical Care - "Equipping Family Physicians for the 21st Century" (Position Paper)*. 2011, American Academy of Family Physicians.

10. ALDEMİR, Ü., et al., *AÇIKLAMALI AFET YÖNETİMİ TERİMLERİ SÖZLÜĞÜ*. 2014, T.C.Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı: Ankara.
11. *AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ BAŞKANLIĞININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN*, in 5902. 2009.
12. *BAŞBAKANLIK KRİZ YÖNETİM MERKEZİ YÖNETMELİĞİ*, in 22872. 1997.
13. ALTINTAŞ, K.H., *AFET VE AFET TIBBİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR*, in *HAMER ACİL VE AFET DURUMLARINDA SAĞLIK YÖNETİMİ*, K.H. ALTINTAŞ, et al., Editors. 2013, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI: ANKARA. p. 13-27.
14. Below, R., A. Wirtz, and D. Sapir, *Disaster Category Classification and peril Terminology for Operational Purposes*. 2009.
15. ERGÜNAY, O., *Kamu Yönetiminde Afet ve Acil Durum Planlaması Ders Notları*, in *TODAİE*. 2014: Ankara.
16. *Doğal Afet Türleri*. [cited 2015 19.2.]; Available from: <https://www.afad.gov.tr/tr/IcerikDetay.aspx?ID=153&IcerikID=337>.
17. MEB, *AFETLERDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ*, in *ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ*. 2011, Milli Eğitim Bakanlığı: Ankara.
18. *AFAD Hakkında*. [cited 2015 19.2.]; Available from: <https://www.afad.gov.tr/TR/IcerikDetay.aspx?ID=1>.
19. *Turkey's Natural Disaster Profile* [cited 2015 19.02]; Available from: [http://emdat.be/country\\_profile/index.html](http://emdat.be/country_profile/index.html).
20. *worlds first ten earthquakes*. [cited 2015 19.02]; Available from: [http://www.emdat.be/disaster\\_profiles/index.html](http://www.emdat.be/disaster_profiles/index.html).
21. *Turkey's Technological Disaster Profile* [cited 2015 19.02]; Available from: [http://emdat.be/country\\_profile/index.html](http://emdat.be/country_profile/index.html).
22. Büken, N.Ö., *Afetlerde Sağlık Yönetiminde Etik* in *HAMER ACİL VE AFET DURUMLARINDA SAĞLIK YÖNETİMİ*, K.H. ALTINTAŞ, et al., Editors. 2013, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI: ANKARA. p. 163-172.

23. KILIÇ, D., *AFETLERDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ*, in *İLK YARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ*. 2013, Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları: Erzurum.
24. Aydınuraz, K. and H.F. Ağalar, *Triaj*, in *Afet Tıbbı*, M. Eryılmaz and U. Dizer, Editors. 2005, Ünsal Yayınları: Ankara. p. 367-381.
25. *SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÜRÜTÜLMESİ HAKKINDA SAĞLIK BAKANLIĞI YÖNERGESİ*. 2005.
26. KOORDİNATÖRLÜĞÜ, S.P.G., *AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ*, S. ESİN, et al., Editors. 2001, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı: Ankara.
27. Akdur, R., *AFETLERE HAZIRLIK ve AFET YÖNETİMİ*, in *AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ*, S. ESİN, et al., Editors. 2001, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı: Ankara.
28. AFAD, *Türkiye Afet Müdahale Planı*, in *TAMP*. 2013, AFAD: Ankara.
29. *Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Teşkilat ve Görevlerine Dair Yönerge*. 2012.
30. *Sağlık Bakanlığı ASOP Genelgesi*. 2004, Sağlık Bakanlığı: Ankara.
31. Bala, M.M., *Türkiye Ulusal Afet Yönetim Sistemi ve Sağlık Bakanlığı'nın Afet ve Acil Durumlarındaki Yeri* A. Akay, Editor. 2012, TODAİE: Ankara.
32. *Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi Ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerinin Görevleri Ve Çalışma Esaslarına Dair Yönerge* ' 2010.
33. *AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ* [cited 03.03.2015; Available from: <http://kahramanmaras.ism.saglik.gov.tr/Yonetim.aspx?Page=4&MenuId=25>.
34. Kurumu, T.H.S., *TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ VE BAĞLI BİRİMLER YÖNETMELİĞİ*. 2015, Resmi Gazete: Ankara.
35. ÇOŞKUN, A., S. TEKELİ, and F. İNAN, *İL SAĞLIK AFET ve ACİL DURUM PLANI (İL-SAP) HAZIRLAMA KILAVUZU*, A. ÇOŞKUN and S. TEKELİ, Editors. 2012, Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Ankara.
36. *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*. 2013, Resmi Gazete.

37. Apel, H., [The WHO/UNICEF Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, September 6-12, 1978]. Z Gesamte Hyg, 1979. **25**(6): p. 498-504.
38. DİKİCİ, M.F., et al., *Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi*. TÜRKİYE KLİNİKLERİ, 2007. **2007**(27): p. 412-418.
39. Freedy, J.R. and W.M. Simpson, Jr., *Disaster-related physical and mental health: a role for the family physician*. Am Fam Physician, 2007. **75**(6): p. 841-6.
40. Redwood-Campbell, L. and J. Abrahams, *Primary health care and disasters-the current state of the literature: what we know, gaps and next steps*. Prehosp Disaster Med, 2011. **26**(3): p. 184-91.
41. Sharaf, E., *Family Physician Corner Planning for Disasters in Primary Care*. Bahrain Medical Bulletin, 2009. **31**(1).
42. Gay, B., *What's New in the Updated European Definition of General Practice*. Family Medicine, 2013: p. 2.
43. Blake, J., et al., *Preventive Health Care*, in *Textbook of family medicine*, R.E. Rakel and D. Rakel, Editors. 2011, Elsevier Saunders: Philadelphia, PA. p. 73-100.
44. Ardalan, A., et al., *Effectiveness of a primary health care program on urban and rural community disaster preparedness, Islamic Republic of Iran: a community intervention trial*. Disaster Med Public Health Prep, 2013. **7**(5): p. 481-90.
45. ALP, E. and M. DOĞANAY, *Biyoterörizm*. Yoğun Bakım Dergisi, 2006. **6**(3): p. 135-146.
46. Altıntaş, K.H., *Afet tıbbında öğretim ve eğitim*. Hacettepe Tıp Dergisi, 2005. **36**: p. 139-146.
47. Harris, M.D. and K. Yeskey, *Bioterrorism and the vital role of family physicians*. Am Fam Physician, 2011. **84**(1): p. 18, 20.
48. Allen, J., et al., *THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE*. 2010, Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları.

49. AFAD, *Müdahale, iyileştirme ve sosyoekonomik açıdan 2011 Van Depremi*. 2014, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı: Ankara.
50. Feinstein, R.E. and A. Snavely, *Crisis Intervention, Trauma, and Intimate Partner Violence*, in *Textbook of family medicine*, R.E. Rakel and D. Rakel, Editors. 2011, Elsevier Saunders: Philadelphia, PA. p. 1022-1037.
51. Kavan, M.G., T.P. Guck, and E.J. Barone, *A practical guide to crisis management*. Am Fam Physician, 2006. **74**(7): p. 1159-64.
52. Özkömür, M.E. and F.O. Erriş, *Olağanüstü Durumlarda Aile Hekimliği "Birinci Basamak" Hizmeti*, in *Afet Tıbbı*, M. Eryılmaz and U. Dizer, Editors. 2005, Ünsal Yayınları: Ankara. p. 899-937.
53. Snider, L., M. Ommeren, and A. Schafer, *Psikolojik İlk Yardım: Saha Çalışanları için Rehber*, Ö. Erdur-Baker, Editor. 2014, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği
54. BAHÇEBAŞI, T., et al., *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi*, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara.
55. AKTÜRK, Z., et al., *Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezlerinin İlişkileri*, in *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi*, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara. p. 322-353.
56. ALKAN, L., et al., *Giriş*, in *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi*, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara.
57. Bakanlığı, T.C.S., *T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI 2010-2014 STRATEJİK PLANI* 2010, T.C. Sağlık Bakanlığı: Ankara.
58. BAHÇEBAŞI, T., et al., *Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler*, in *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi*, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara.
59. Büken, N.Ö. and E. Büken, „*Nedir Şu Tıp Etiği Dedikleri?*“. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2002. **11**(1): p. 17-20.

60. SAĞLIKLA İLGİLİ ULUSLARARASI BELGELER, in DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ FELAKET OLAYINDA TIP AHLAK KURALLARI. 2009, Türk Tabipleri Birliği Yayınları: Ankara.
61. TUKMOS, AİLE HEKİMLİĞİ Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, TUK, Editor. 2013, TIPTA UZMANLIK KURULU MÜFREDAT OLUŞTURMA VE STANDART BELİRLEME SİSTEMİ.
62. TEZCAN, S., Anket Yöntemi, in EPİDEMİYOLOJİ TIBBİ ARAŞTIRMALARIN YÖNTEM BİLİMİ 2009, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı: Ankara. p. 226.
63. ERSOY, N. TIPTA İNCİNEBİLİRLİK VE ETİK.
64. Women and children first. MEDICC Rev, 2015. 17(1): p. 3.
65. Sipahioğlu, N. Afet Yönetimi. ASM Yönetimi, İşleyiş ve Mevzuat Modülü in AHUZEM



## EKLER

### EK-1: Anket

**Ankara'daki Aile Hekimliği Asistanlarının  
Bir Afette Aile Hekimi Uzmanı Olarak Rollerini ve Görev Tanımlarını Bilme  
Durumlarının ve Afet Tıbbı Hakkındaki Farkındalıklarının Saptanması  
Anket Formu**

**Sayın Aile Hekimliği Asistanı,**

Acil durumlar ve afetler Dünya’da ve Türkiye’de sık yaşanmaktadır. Acil durumlara ve afetlere hazırlık yalnızca kamu kurum ve kuruluşlarının görevi değil o toplumda yaşayan bütün bireylerin görevidir. Aile hekimlerine de bu konuda önemli görevler düşmektedir. Ankara ilinde Aile Hekimliği Kliniğinde çalışmakta olan Asistan hekimlerin afetlerde aile hekimlerini rollerini ve görevlerini bilme ve afet tıbbı hakkındaki farkındalık durumlarını ve eğitim ihtiyaçlarını saptamak amacıyla bu anket çalışması planlanmıştır. Buradan elde edilen bilgiler daha sonra yapılacak çalışmalara önemli katkıda bulunacaktır.

Araştırmaya katılım isteğe bağlı olup ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

Bu ankete katılmakta serbestsiniz, her türlü kişisel bilgileriniz sadece bu çalışmada kullanılacak olup saklı tutulacaktır.

Araştırmaya katkınızdan dolayı teşekkür ederim.

Türkiye Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Afet Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi,  
Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Asistan Doktoru Tarık Eren Yılmaz

Her türlü katkı ve sorularınız için: trkeren@hotmail.com

*Bu ankete katılmayı kabul ediyor musunuz?*

*A)Evet*

*B)Hayır*

*Lütfen boşlukları doldurunuz, ilgili seçenekleri işaretleyiniz.*

1- Yaşınız nedir? :.....

2- Cinsiyetiniz nedir ?

a) Erkek      b) Kadın

3- Medeni durumunuz nedir ?

a) Evli      b) Bekar      c) Eşimden Ayrıldım      d) Eşim Vefat Etti

4-Çocuğunuz var mı?

a) Hayır      b) Evet ( lütfen kaç tane olduğunu belirtiniz:.....)

5-İkamet ettiğiniz evde kimlerle yaşıyorsunuz?

a) Yalnız      b) Anne-Baba c)Eş      d)Eş ve Çocuklar

e) Diğer ( lütfen

belirtiniz:.....  
.....)

6- Hangi hastanede çalışıyorsunuz? (lütfen belirtiniz:.....)

7- Hekim olarak toplam çalışma süreniz nedir? (lütfen ay olarak belirtiniz:..... Ay)

8- Aile Hekimliği Kliniğinde toplam çalışma süreniz nedir? (lütfen ay olarak belirtiniz:..... Ay)

9-Daha önce çalıştığınız kurumları işaretler misiniz? (birden fazla sık işaretleyebilirsiniz)

- a)112 Acil Sağlık İstasyonu
- b)112 Komuta Kontrol Merkezi
- c)Aile Sağlığı Merkezi (ASM)
- d)Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)
- e)İl Sağlık Müdürlüğü (İSM)
- f)Hastane Acil Servisi
- g)Diğer (lütfen belirtiniz :.....)

10-Şuan çalıştığınız klinikte afet tıbbı hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?  
a) Hayır b) Evet c) Hatırlamıyorum

11-Asistanlık eğitim müfredatınızda afet tıbbi hakkında herhangi bir ders var mı?  
a) Hayır b) Evet c) Bilmiyorum

12-Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminde afet tıbbı konularının ciddi bir biçimde irdelenmesini arzu eder misiniz?  
a) Hayır b) Evet

13-Bugüne kadar afet tıbbi hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?  
a) Hayır  
b) Evet(yer,tür ve saatini lütfen belirtiniz:.....)  
c) Hatırlamıyorum

14- Bugüne kadar afetle alakalı herhangi bir tatbikata katıldınız mı?  
a) Hayır  
b) Evet(yer ve türünü lütfen belirtiniz:.....)

15-Bugüne kadar bir afet planı oluşturulmasında yada uygulamasında görev aldınız mı?  
a) Hayır  
b) Evet(yerini ve vazifenizi lütfen belirtiniz:.....)

16-Afet tıbbi hakkında herhangi bir eğitim almak ister misiniz?  
a) Hayır b) Evet

17-Bugüne kadar herhangi bir afet yaşadınız mı?

- a) Hayır b) Evet (lütfen adını ve türünü belirtiniz:.....)

Cevabınız Evet ise herhangi bir (maddi,bedenen,ruhsal olarak) zarar gördünüz mü?

- a) Hayır b) Evet (lütfen belirtiniz:.....)

18-Daha önce bir afette hekimlik yaptınız mı?

- a) Hayır b) Evet(çalıştığınız yeri ve görevinizi lütfen belirtiniz:.....)

Cevabınız Evet ise bu afette gönüllü olarak mı katıldınız?

- a) Hayır b) Evet

19-Afetlerle mücadelede herhangi bir gönüllü sivil toplum kuruluşuna ya da herhangi bir kuruma üyeliğiniz var mı?

- a) Hayır b) Evet ( lütfen belirtiniz:.....)

20-Bugün bir afet olsa gönüllü olarak çalışmak ister misiniz?

- a) Hayır b) Evet c)Fikrim yok

21-Her hangi bir yakınınız afet nedeniyle zarar gördü mü?

- a) Hayır b) Evet ( kim olduğunu lütfen belirtiniz:.....)

Cevabınız Evet ise bu yakınınız ne tür bir zarar (vefat,maddi,bedenen,ruhsal olarak) gördü ?

( lütfen belirtiniz:.....)

Cevabınız Evet ise bu durum sizi nasıl etkiledi?

- i. Derinden etkiledi
- ii. Etkiledi
- iii. Ne etkiledi ne etkilemedi
- iv. Fazla etkilemedi
- v. Hiç etkilemedi

22-Size göre aile hekiminin afetlerde bir rolü olmalı mı ?

- a) Hayır b) Evet c) Fikrim yok

23-Gelecekte afet tıbbı alanında bir yan dal ihdas edilirse aile hekimleri bu yan dala başvurabilmeli mi?

- a) Kesinlikle hayır
- b) Hayır
- c) Kararsızım
- d) Evet
- e) Kesinlikle evet

Cevabınız Evet ise siz bu konuda uzmanlaşmak ister misiniz?

- a) Hayır b) Evet

24- Aşağıda belirtilen görev tanımları arasında hangileri aile hekiminin görevleri arasındadır?

| <b>Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak size uygun seçeneği işaretleyiniz.</b>                                                             | <b>HAYIR<br/>GÖREVİ<br/>DEĞİLDİR</b> | <b>EVET<br/>GÖREVIDİR</b> | <b>FİKRİM<br/>YOK</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 1. Bölgesinde risk ve kaynak analizi yaparak afet planını hazırlar                                                                             | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 2. Afet planının uygulamalar ve tedavi edici hizmetlerde bulunur.                                                                              | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 3. Halka yönelik ilk yardım bilinci oluşturmak üzere planlama yapar, yapılan planlamalar doğrultusunda eğitim çalışmalarını yürütür.           | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 4. Günlük hayatta karşılaşılabilecek kazalar ve riskli durumlar için halkın bilinç seviyesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapar.            | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 5. Afet sırasında bölgesindeki acil sağlık hizmetleri istasyonlarına gerekli lojistik desteği verir.                                           | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 6. Afet sırasında akut tıbbi müdahalede bulunur.                                                                                               | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 7. Afet sonrasında halkın rehabilitasyonunda bulunur.                                                                                          | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 8. Afet sonrasında halka psikolojik destekte bulunur.                                                                                          | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 9. Çocukların için gerekli psikolojik ve barınma, beslenme, eğitim gibi özel tedbirlerin alınmasını takip eder.                                | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 10. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sorumlu olduğu nüfusu bilgilendirir, kişisel tedbirlerin alınmasını sağlar.                          | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 11. Aşı, ilaç ve tıbbi malzeme temini ve stoklamasını yapar.                                                                                   | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 12. Aşılama, kemoprofilaksi, sağlık eğitimi yaparak olağan hizmetler düzeyine gelmeye çalışır.                                                 | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 13. Barındırma, su güvenliği, gıda güvenliği, vektör kontrolü, atık kontrolü vb. çevresel güvenlik tedbirlerini alır.                          | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 14. Afet nedeni ile meydana gelen ölümlerde ölümlerin kimliklerinin tespiti ve gömme işlemleri ile ilgili idari ve dini bütün işlemleri yapar. | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 15. Afetten etkilenenlere her türlü tıbbi müdahaleleri yapar ve kayıtları tutar                                                                | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 16. Afet planı çerçevesinde gerekli halk ve personel eğitimlerini yapar.                                                                       | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 17. Afet planı dahilinde tatbikatlar yapar.                                                                                                    | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 18. Acil müdahaleyi yapar ve gerekiyorsa uygun sağlık kurumuna nakleder                                                                        | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 19. Gerekli ise uygun ekibi yönlendirir veya danışmanlık hizmeti verir.                                                                        | 1                                    | 2                         | 3                     |
| 20. Gerekiyorsa afetzedenin naklini sağlar veya yerinde bırakır.                                                                               | 1                                    | 2                         | 3                     |

**EK-2: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. K.Hakan Altıntaş'ın Tez Danışmanı Olarak Görevlendirme Yazısı**

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

Sayı: 65420943-903.07/17685/23796  
Konu: Tez Danışmanlığı  
Dr. Tarık Eren YILMAZ

13/11/2014

SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine

İlgi : 02.09.2014 tarih ve 26924 sayılı yazınız.

Hastaneniz Aile Hekimliği Kliniği Asistanı olarak görev yapan Dr.Tarık Eren YILMAZ'ın, "Sağlıkta Afet Yönetiminde Aile Hekimliğinin Rolü" başlıklı tez çalışması için Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.K.Hakan ALTINTAŞ'ın tez danışmanı olarak görevlendirilmesi Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. MUHAMMET MUSTAFA  
ALDUR  
Dekan Yardımcısı

ANKARA NUMUNE EĞT. VE ARAŞT. HAST.  
Evlilik Kayıt Şubesi  
18.11.2014 / 18057  
Gelen Evrak

18.11.2014  
18.11.2014

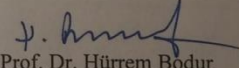
Pers. Sub.  
18.11.2014

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon: 0 (312) 305 1081 Faks: 0 (312) 310 0580 E-posta: tipmaster@hacettepe.edu.tr Web: http://www.tip.hacettepe.edu.tr

Murat KARAGÖZÜLÜ  
ANKARA NUMUNE EĞT. VE ARAŞT. HAST.  
Hastane Müdür Yard.  
4163695742

4163695742

**EK-3: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun İzni**

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                            | <p style="text-align: center;"><b>T.C.</b><br/><b>SAĞLIK BAKANLIĞI</b><br/><b>TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU</b><br/><b>Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği</b><br/><b>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi</b><br/><b>Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı</b></p> |  |
| <p>Sayı : E.Kurul -E-14-339<br/>Konu:</p>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <p>339-no'lu çalışma</p>                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <p>Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan "Sağlıkta afet yönetiminde Aile Hekiminin rolü ve Ankara'daki Aile Hekimliği asistanlarının afet yönetimi farkındalığı" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <p style="text-align: right;">19.11.2014</p>                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <p style="text-align: right;"><br/>Prof. Dr. Hürrem Bodur<br/>Etik Kurul Başkanı</p>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <p>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi    İrtibat; Etik Kurul TÇırakoglu<br/>Talatpaşa Bulvarı No:5    Altındağ/Ankara<br/>Tel: 0 (312) 508 5174</p>                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |