



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN AFET
YÖNETİMİNDEKİ ROLLERİNE İLİŞKİN FARKINDALIKLARI VE
AFETLERE HAZIR BULUNUŞLUKLARI**

Dr. Emine ADİL

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2024

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN AFET
YÖNETİMİNDEKİ ROLLERİNE İLİŞKİN FARKINDALIKLARI VE
AFETLERE HAZIR BULUNUŞLUKLARI**

Dr. Emine ADİL

UZMANLIK TEZİ

Danışmanlar

Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tezimin belirlenmesinde ve her aşamasında desteğini esirgemeyen, hoşgörüsü ve güleryüzüyle her zaman yanımda olduğunu hissettiğim değerli hocam Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN 'a, tez yazım sürecimde yapmış olduğu yönlendirme ve tavsiyeleriyle yardımını esirgemeyen, bilgisi ve tecrübesinden yararlanmama fırsat tanıyan kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ'a bana olan desteği ve hoşgörülü yaklaşımı için teşekkür ederim. Uzmanlık eğitimim boyunca her zaman yanımda olan ve bizler için büyük özveri gösteren Sayın Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN hocalarıma teşekkür ederim.

Asistanlık süresince birlikte çalıştığım ve paylaşımında bulunduğum sevgili asistan arkadaşlarıma, bölüm sekreterimiz sevgili Birsen BATAŞ'a, bölüm hemşiremiz sevgili Nurcan BÜYÜKDEMİR'e destekleri sevgileri ve anlayışları için teşekkür ederim.

Beni sevgiyle büyüten, her anı paylaşan, her adımda bana rehberlik ederek, hayatımı şekillendiren ve hayallerime inanarak her konuda beni destekleyen canım annem Nuran ADİL'e ve canım babam Mustafa ADİL'e teşekkür ederim. Hayatımın en değerli parçaları olan biricik kardeşlerim Gülsüm ADİL'e ve M. Eren ADİL'e teşekkür ederim.

Emine ADİL

NİSAN-2024

ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN AFET YÖNETİMİNDEKİ ROLLERİNE İLİŞKİN FARKINDALIKLARI VE AFETLERE HAZIR BULUNUŞLUKLARI

Dr Emine ADİL

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2024

Amaç: Afetler genellikle ani ve beklenmedik bir anda meydana gelerek ciddi hasara, yaralanmalara, kayıplara ve toplumsal sıkıntılara neden olabilirler. İnsanların afetlere hazırlıklı olmaları ve bilinçli bir şekilde tepki vermeleri hem bireylerin hem de toplumun afetlerden kaynaklanabilecek zararları en aza indirmesine yardımcı olur. Bu aşamada toplumla iç içe ve ilk temas noktası olan aile hekimlerine büyük rol düşmektedir. Aile hekimlerinin afetlerdeki yeri, afetlerle başa çıkma stratejileri, afet öncesi hazırlık, acil durum planlaması, kurtarma çalışmaları ve iyileştirme çabalarını içeren geniş bir yelpaze içerisindedir. Sunulan çalışmada aile hekimliği araştırma görevlilerinin afet yönetimindeki rollerine ilişkin farkındalıkları ve afetlere hazır bulunuşluklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmanın evrenini Eylül 2023-Mart 2024 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Tıp Fakültesi, Konya Şehir Hastanesi (KŞH), Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BEAH) ve Selçuk Üniversitesi (SÜ) Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda eğitim alan yaklaşık 280 araştırma görevlisi oluşturdu. Gönüllülük temelinde evrenin %71,4'üne ulaşarak 200 araştırma görevlisi hekimin verileri çalışmaya dahil edildi. Çalışmada uygulanan anket formunun ilk bölümünde; sosyodemografik bilgiler ve afetlerle ilgili sorular, ikinci bölümünde ise; "Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği (GAHİÖ)" yer almaktadır. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 20.0 programı kullanılarak analiz edildi. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 200 araştırma görevlisinin yaş ortalaması $30,79 \pm 5,82$ (min=24 maks=53) yıl, %59,5'i (n=119) kadın ve çalışma süresi $60,28 \pm 5,19$ (min=1 maks=312) ay idi. Sel %99,5 (n=199), kasırga %98,0 (n=196) ve deprem %94,5 (n=189) ile katılımcılar tarafından en yüksek sıklıkla bilinen doğal afetlerdi. Katılımcıların afete hazır bulunma düzeyi ortalaması $4,37 \pm 1,69$ (min=1 maks=10) puandı. Katılımcıların %89,3'ü (n=67) depreme, %16,0'ı (n=12) COVID pandemisini ve %4,0'ı (n=3) sele maruz kaldığını belirtti. Daha önce afet planlamasına katılan asistan hekimlerin GAHİÖ algılanan duyarlılık alt boyut ortalama puanı ($23,00 \pm 3,33$) katılmayanlardan ($21,69 \pm 3,32$) yüksekti (**p=0,034**). Katılımcılardan afet tatbikatına katılan grubun GAHİÖ toplam puanı ($114,24 \pm 12,48$) katılmayanlarınkinden ($107,79 \pm 11,11$) yüksek tespit edildi (**p=0,002**). Katılımcılardan 'aile hekiminin afetlerde rolü olmalı' diyenlerin GAHİÖ toplam ortalama puanı ($114,23 \pm 11,30$) 'aile hekiminin afetlerde rolü olmamalı' diyen grubunkinden ($105,33 \pm 14,66$) yüksek bulundu (**p=0,002**). Araştırma görevlilerinden afet tıbbı hakkında eğitim almak isteyenlerin GAHİÖ toplam ortalama puanı ($113,18 \pm 11,47$) eğitim almak istemeyenlerinkinden ($102,00 \pm 15,05$) yüksek saptandı (**p=0,003**). Hekimlerden uzman olarak çalışılacak yer seçiminde doğal afet riskini göz önüne alan grubun GAHİÖ toplam ortalama puanı ($114,70 \pm 11,28$) doğal afet riskini göz önüne almayanlarınkinden ($109,34 \pm 12,81$) yüksek bulundu (**p=0,024**).

Sonuç: Bu çalışmada aile hekimliği araştırma görevlilerinin afet farkındalıklarını, afete hazır bulunuşluklarını ve kendi tecrübelerini az ve yetersiz olarak değerlendirdiği saptandı. Ancak büyük bir kısmının bu konu hakkında eğitim alma ve afetin her döneminde aktif şekilde görevli olma isteğinin yüksek olması olumlu bir sonuç olarak ortaya çıkmıştır. Aile hekimliği eğitim müfredatına afet ve yönetimi konusunun eklenmesi, aile hekimlerinin afet durumlarında nasıl hareket edeceklerini öğrenmelerini sağlayacak ve toplumun afetlere hazırlıklı olmasına katkıda bulunacaktır.

Anahtar kelimeler: Afet farkındalığı, afete hazır bulunuşluk, genel afet hazırlık inancı

ABSTRACT

**FAMILY MEDICINE RESEARCH ASSISTANTS' AWARENESS OF THEIR
ROLES IN DISASTER MANAGEMENT AND THEIR DISASTER
PREPAREDNESS**

Dr Emine ADİL

THE MASTER THESIS

KONYA-2024

Aim: Disasters often occur suddenly and unexpectedly and can cause serious damage, injury, loss and social distress. People's preparedness and conscious response to disasters help both individuals and society to minimize the damages that may arise from disasters. At this stage, family physicians, who are intertwined with the society and are the first point of contact, have a great role. The place of family physicians in disasters is in a wide spectrum including strategies for coping with disasters, pre-disaster preparation, emergency planning, rescue efforts and recovery efforts. In the present study, it was aimed to evaluate the awareness of family medicine research assistants regarding their roles in disaster management and their preparedness for disasters.

Materials and methods: The population of this cross-sectional, descriptive study consisted of approximately 280 research assistants who received training in the Department of Family Medicine at Necmettin Erbakan University (NEU) Faculty of Medicine, Konya City Hospital (KCH), Beyhekim Training and Research Hospital (BTRH) and Selçuk University (SU) Faculty of Medicine between September 2023 and March 2024. On the basis of volunteerism, 71.4% of the population was reached and the data of 200 research assistants were included in the study. The first part of the questionnaire form included sociodemographic information and questions about disasters, and the second part included the “General Disaster Preparedness Belief Scale (GDPBS)”. The data obtained were analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 20.0 program. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The mean age of the 200 research assistants who participated in the study was 30.79 ± 5.82 (min=24 max=53) years, 59.5% (n=119) were female, and the duration of employment was 60.28 ± 5.19 (min=1 max=312) months. Floods (99.5% (n=199)), hurricanes (98.0% (n=196)) and earthquakes (94.5% (n=189)) were the natural disasters most frequently known by the participants. The mean level of disaster preparedness of the participants was 4.37 ± 1.69 (min=1 max=10) points. Of the participants, 89.3% (n=67) had been exposed to earthquakes, 16.0% (n=12) to the COVID pandemic and 4.0% (n=3) to floods. The mean score of the perceived susceptibility sub-dimension of the GDPBS (23.00 ± 3.33) of the resident physicians who had previously participated in disaster planning was higher than those who had not (21.69 ± 3.32) ($p=0.034$). The total score of the participants who participated in the disaster drill (114.24 ± 12.48) was higher than that of the non-participants (107.79 ± 11.11) ($p=0.002$). The total mean score of the participants who stated that 'family physicians should have a role in disasters' ($114,23 \pm 11,30$) was higher than the group who stated that 'family physicians should not have a role in disasters' ($105,33 \pm 14,66$) ($p=0,002$). Among the research assistants, those who wanted to receive training on disaster medicine had a higher total mean score on the GDPBS (113.18 ± 11.47) than those who did not want to receive training (102.00 ± 15.05) ($p=0.003$). Among the physicians, the total mean score of the group who considered the risk of natural disasters in choosing the place to work as a specialist (114.70 ± 11.28) was higher than those who did not consider the risk of natural disasters (109.34 ± 12.81) ($p=0.024$).

Conclusion: In this study, it was found that family medicine research assistants evaluated their disaster awareness, disaster preparedness and their own experiences as low and insufficient. However, the fact that most of them had a high desire to receive training on this subject and to be actively involved in every period of disaster was a positive result. Adding the subject of disaster and its management to the family medicine training curriculum will enable family physicians to learn how to act in disaster situations and contribute to the preparedness of the society for disasters.

Keywords: Disaster awareness, disaster preparedness, general disaster preparedness beliefs

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
TABLolar LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1.Afet Tanımı ve İlgili Kavramlar	2
2.2.Afetlerin Sınıflandırılması	3
2.3. Afet Yönetimi	4
2.4. Afet Yönetiminin Evreleri ve Afet Döngüsü	5
2.5. Türkiye’de Afet.....	6
2.6. Afet Tıbbı ve Eğitimi	6
2.7. Afetlerde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Çalışanlarının Rolü.....	7
2.8. Türkiye’de Afet Yönetimi	8
2.9. Aile Hekimliğinde Afet Hazırlık Planlamaları	9
2.10. Afetlere Hazır Bulunuşluk ve Afet Farkındalığı.....	9
2.11. Aile Hekimliğinde Afet Yönetimi	10
2.11.1. Afet öncesi dönemde	10
2.11.2. Afetin Olduğu Dönemde.....	10
2.11.3. Afet Sonrası Dönemde.....	11
3. GEREÇ ve YÖNTEM	12
3.1. Araştırmanın Şekli	12
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	12
3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri.....	12
3.4. Etik Kurul Onayı ve Onam	13

3.5. Veri Toplama Araçları	13
3.6. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	13
3.7. Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği	13
3.7.1 Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği Alt Boyutları	14
3.8. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi.....	14
4.BULGULAR.....	15
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	15
4.2. Afet Maruziyeti, Afetlerde Aktif Rol Alma ve Hazır Bulunuşlukla İlgili Veriler ..	16
4.3. Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri	20
4.4. Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği (GAHIÖ) ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	21
4.5. GAHIÖ ve Afete Maruziyet ve Afetlerde Aktif Rol Alma Durumu Verilerinin Karşılaştırılması.....	23
4.6. Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği ile Afete Hazır bulunuşluk Verilerinin Karşılaştırılması.....	26
5.TARTIŞMA.....	29
6.SONUÇLAR.....	35
7. ÖNERİLER	36
8. KAYNAKLAR	38
EK 1. Çalışmada Kullanılan Anket Form	41

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Modern afet yönetim sistemi	5
Şekil 2. Katılımcıların afete hazır bulunma derecesi dağılımı.....	18

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	15
Tablo 2. Katılımcıların Doğal Afet Tanımları.....	16
Tablo 3. Afete Maruziyet ve Afetlerde Aktif Rol Alma Durumu	17
Tablo 4. Katılımcıların Afete Hazır Bulunma Düzeyi.....	18
Tablo 5. Aile Hekimlerinin Afetlerdeki Rolü	19
Tablo 6. Afete Hazır Bulunuşluk Durumu	20
Tablo 7. Ölçek Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri.....	21
Tablo 8. Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği (GAHİÖ) ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	22
Tablo 9. GAHİÖ* ile Afete Maruziyet ve Aktif Rol Alma Durumu Verilerinin Karşılaştırılması.....	24
Tablo 10. GAHİÖ* ve Afete Hazır bulunuşluk Verilerinin Karşılaştırılması	27

SİMGELER VE KISALTMALAR

NEÜ: Necmettin Erbakan Üniversitesi

KŞH: Konya Şehir Hastanesi

BEAH: Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SÜ: Selçuk Üniversitesi

GAHIÖ: Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği

AYS: Afet Yönetim Süreci

AFAD: T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının

TAMP: Türkiye Afet Müdahale Planı

İL-SAP: İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planları

HAP: Hastane Afet ve Acil Durum Planı

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

AHU: Aile Hekimliği Uzmanı

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanı

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Afet, insanların beklemediği bir anda meydana gelen, beraberinde çeşitli zararlara neden olan ve herhangi bir sınırlandırma olmaksızın tüm toplumların yüz yüze geldiği olaylardır. Günümüzde yönetsel bakımdan afet yönetiminin iki önemli unsuru bulunmaktadır: risk yönetimi ve kriz yönetimidir. Afet öncesi süreçte risk yönetimi, afetin gerçekleşmesi ve sonrasında kriz yönetimi geçerli olmaktadır. Bu iki yönetim unsurunun birbirini tamamlaması modern afet yönetiminin en önemli özelliği kabul edilmektedir (1).

Sağlıkta afet yönetimi denildiğinde akla ilk olarak acil sağlık hizmetleri gelmektedir. Ancak “Afet Yönetim Süreci” (AYS) sadece afetin olduğu zaman dilimini değil, afet öncesi ve sonrasını da kapsayan tüm faaliyetlerin yapıldığı zaman dilimlerin ifade eder. Burada afet yönetim sürecinin zaman dilimi olarak en büyük pay sahipleri afet öncesi ve sonrasındaki dönemleridir. Afet sonrasındaki ilk 72 saat ise hayat kurtarmak adına altın saatler hükmündedir. Kitlesele yaralanmalara sebebiyet verecek bir afette, afet sonrası ilk 72 saat içerisinde hâlihazırdaki acil sağlık hizmetleri çeşitli sebeplerden dolayı yetersiz kalabilir. Dolayısıyla bu tür afetlerde yereldeki nüfusa kolaylıkla ulaşabilen sağlık profesyonellerine ihtiyaç duyulacağı şüphesizdir ve bu sağlık profesyonelleri müdahale ve iyileşme sırasında etkili sağlık acil durum yönetimi için ve aynı zamanda hazırlıklı olma da dahil olmak üzere risklerin azaltılması için çok önemlidir (2). Türkiye’de bu anlamdaki en büyük sağlık gücünü ise aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanları oluşturur. Bunlar arasında da en çok çalışana sahip olan ve kendine bağlı nüfusu tanıyan grup aile hekimleridir. Bu nedenle afet yönetim sürecinin 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 bölümü olan afet öncesi hazırlık dönemi ve afet sonrası iyileştirme döneminde kimlerin görev alması gerektiği de mühim bir konudur çünkü afet yönetim sürecinde olası afete karşı hazırlıklı olması gereken en önemli birimler arasında sağlık kurumları da yer almaktadır. Afet öncesi hazırlık dönemi onlarca yıl sürebilirken; afet sonrası dönemde afete maruz kalan halkın travma sonrası fiziksel, ruhsal veya sosyal olarak normal yaşama dönüş süreci de yılları bulabilmektedir. Bu süreçte bireylerin en sık ve kolay şekilde ulaşabileceği sağlık kurumu ise sağlık sisteminin temel taşı olarak

görülen aile sağlığı merkezleridir. Bu nedenle afet yönetiminde kritik öneme sahiptir. Hastaların kişisel ve ailevi sağlık ihtiyaçları için genellikle ilk temas noktasıdır (3).

Acil durumlara ve afetlere hazırlıklı olmak sadece kamu kurum ve kuruluşlarının görevi olmayıp toplumda yaşayan tüm bireylerin görevidir. Bireylerden başlayan bu afet bilinci, yerel düzeydeki sağlık çalışanlarıyla ve özellikle de aile hekimleriyle devam etmesi beklenmektedir (4). Afet durumlarında aile hekimine ulaşmanın kolay olması hastanın tüm sorunlarını kapsamlı olarak bilmesi bireyin sağlığının korunması ve tedavisinin düzenlenmesinde önemli rol oynar. Bu bağlamda aile hekimleri bölgesinde afet organizasyonunda; afete hazırlık, afete müdahale ve afet sonrası önlemler aşamasında, afet eğitimleri ve sağlıkla ilgili tüm çalışmalarda görev alabilmektedir (2). Dolayısıyla afetlerde hizmet veren birimler içinde aile hekimlerinin vazgeçilmez bir yeri olduğu aşıkardır.

Amaç: Bu çalışmada Konya’da eğitim alan aile hekimliği araştırma görevlilerinin afet yönetimindeki rollerine ilişkin farkındalıkları ve afetlere hazır bulunuşluklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Afet Tanımı ve İlgili Kavramlar

Afet: Çok sayıda insanın savunmasız olduğu büyük olaylara maruz kalmasıyla ortaya çıkan, yaralanma ve ölüme neden olan, genellikle mülk ve geçim kaynaklarının da zarar gördüğü olaylardır (5).

Afetler, ele alınış şekillerine göre de farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Tıbbi bir bakış açısıyla ele alındığında afet “fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak etkilenmiş insanların idaresi için o anda mevcut kaynaklar ile tıbbi bakım ve halk sağlığı hizmetlerinin yetersiz kalması; bu nedenle insanların ölmesi, organ/uzuv kaybetmesi ve sakat kalması ile sonuçlanan bir olay” olarak tanımlanmaktadır (6).

Acil durum: Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, genellikle yerel imkânlarla baş edilebilen büyüklükte olan acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hâli (7, 8).

Afet riski: Belirli bir tehlikenin, gelecekte belirli bir zaman dilimi içinde oluşması durumunda, insanlara, insan yerleşmelerine ve doğal çevreye, bunların zarar veya hasar görülebilirlikleri ile orantılı olarak oluşturabileceği kayıpların olasılığı. Riskten veya kayıp olasılığından bahsedebilmek için tehlike veya olaydan etkilenme oranları veya zarar görülebilirliklerinin tahmin edilebilmesi gerekmektedir (7).

Kriz: Devletin ve milletin parçalanamaz bütünlüğü ile millî hedef ve menfaatlere yönelik düşmanca tutum ve davranışların, Anayasa ile kurulan hür ve demokratik düzeni veya hak ve bağımsızlıkları ortadan kaldırmaya yönelik şiddet hareketlerinin, tabii afetlerin, tehlikeli salgın hastalıkların, büyük yangınların, radyasyon ve hava kirliliği gibi önemli özellikteki kimyasal ve teknolojik olayların, ağır ekonomik bunalımların, iltica ve büyük nüfus hareketlerinin ayrı ve birlikte ortaya çıktığı durumlardır (8).

Acil yardım: Afet ve acil durum hâllerinde; arama, kurtarma, tıbbi ilk yardım, tedavi, defin, salgın hastalıkları önleme, yiyecek, içecek ve giyecek temini, acil barındırma, ısıtma, aydınlatma, ulaştırma, enkaz kaldırma, altyapıyı asgari seviyede çalışır hâle getirme, akaryakıt gibi acil hizmet ve ihtiyaçların karşılanması ve bu konularda yapılacak her türlü işler (8).

Afet planlaması: Afet öncesinde hazırlanması gereken planlama çalışmalarının tümü (8).

Salgın: Epidemiy, bir bölge veya yerleşmede her zaman görülen enfeksiyon hastalıklarının sayıca anormal miktarda artması durumudur. Afetlerde, hijyen koşullarının, gıdaların hazırlanma ve saklanma koşulları ile kişisel temizlikteki yetersizlikten kaynaklı, deri ve bağırsak hastalıkları başta olmak üzere ortaya çıkan hastalık türlerini kapsamaktadır. Belli bir sürede veba, kolera, tifo, grip gibi bir hastalığın kolayca ve hızla diğer canlılara bulaşmasıdır (8).

Zarar: Doğa, teknoloji ve insan kaynaklı olayların neden olduğu fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıpların tümü (8).

2.2.Afetlerin Sınıflandırılması

Afetler için farklı sınıflamalar yapılmıştır. Kaynağına göre afetler doğa kaynaklı ve insan kaynaklı olarak iki ana sınıfa ayrılmaktadır.

DOĞAL AFETLER

1.Yavaş gelişen doğal afetler

- Şiddetli soğuklar
- Kuraklık
- Kıtık vb.

2.Ani Gelişen Doğal Afetler

- Deprem
- Seller, su taşkınları
- Toprak kaymaları, kaya düşmeleri
- Çığ
- Fırtınalar, hortumlar
- Volkanlar
- Yangınlar vb.

İNSAN KAYNAKLI AFETLER

1. Nükleer, biyolojik, kimyasal kazalar
2. Taşımacılık kazaları
3. Endüstriyel kazalar
4. Aşırı kalabalıktan meydana gelen kazalar
5. Göçmenler ve yerlerinden edilenler (9).

2.3. Afet Yönetimi

Toplumun katılımıyla gerçekleştirilen afet yönetimi, afetlerin önceden engellenmesi, zararlarının azaltılması, hızlı ve etkili bir müdahale ile afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yaşam koşullarının oluşturulması için gerekli olan karmaşık ve disiplinli bir süreçtir. Bu süreçte, afet öncesi, sırası ve sonrasında alınması gereken önlemlerin, planlama, yönlendirme, koordinasyon, destek ve etkin

uygulama işlemleri, toplumun tüm kurum ve kuruluşlarının işbirliğiyle gerçekleştirilmelidir. Bu yaklaşım, belirlenen stratejik hedefler ve öncelikler doğrultusunda imkan ve kaynakların kullanılmasını gerektirir ve çok yönlü, dinamik ve karmaşık bir yönetim anlayışını benimser (7).

2.4. Afet Yönetiminin Evreleri ve Afet Döngüsü

Günümüzde afet yönetim sistemi olarak benimsenmiş temel iki afet yönetimi vardır. Bunlardan birincisi modern afet yönetim sistemi, entegre afet yönetim sistemi ya da çağdaş afet yönetim sistemi olarak da bilinen bütünleşik afet yönetim sistemidir. İkinci yönetim sistemi toplum tabanlı afet yönetim sistemidir. Burada toplumun afet yönetim sistemi içerisinde yer almasını benimsenir ve afet yönetiminin tüm aşamalarında gerek afet öncesi, gerek afet anı ve gerekse afet sonrasında toplumun tüm kesimlerinin halkın, sivil toplum kuruluşları ve gönüllülerin katılımını sağlanması gerekliliği vurgulanır (10).

Bütünleşik afet yönetim sistemi ve evreleri, zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme gibi dört ana evreden oluşur (Şekil 1). Ancak bu evreler zarar azaltma, hazırlık, tahmin ve erken uyarı, afetler, etki analizi, müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılanma gibi sekiz evreye kadar ayrıntılandırılabilir. Kayıp ve zarar azaltma, hazırlık, tahmin ve erken uyarı, afetleri anlamak gibi afet öncesi korumaya yönelik olan aşamalar “risk yönetimi”; etki analizi, müdahale, iyileştirme, yeniden yapılanma gibi afet sonrası düzeltmeye yönelik olan aşamalar ise “kriz yönetimi” olarak gruplandırılır (10).



Şekil 1. Modern afet yönetim sistemi

2.5. Türkiye’de Afet

Dünya genelindeki doğal afetler incelendiğinde, 31 farklı türde doğal afetin meydana geldiği görülmektedir. Bu afetlerin 28 tanesi meteorolojik olaylarla ilişkilidir. Doğal afetlerin türleri ve önem sıralamaları ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (11).

Türkiye, tektonik yapısı, jeolojik ve topografik özellikleri ile birlikte meteorolojik özellikleriyle çeşitli doğal afetlere maruz kalabilen bir ülkedir. Özellikle deprem, sel, heyelan, yangın, çığ düşmesi ve kuraklık gibi afetler sıkça görülmektedir. Türkiye'nin tarihinde en fazla hasara neden olan doğal afet ise depremlerdir. Bu afetler, ülkemizin coğrafi konumu ve jeolojik yapısı nedeniyle sürekli bir risk oluşturmakta ve afet yönetimi açısından büyük önem taşımaktadır (4).

2.6. Afet Tıbbı ve Eğitimi

Afetlerde hizmet veren her birim için eğitim ve öğretim temel bir gerekliliktir. Doğru bir afet planı ve uygun araç-gereçlerin hazırlanmış olması yeterli değildir; doğru yönlendirilmemiş veya araç-gereci amaca uygun kullanmayı bilmeyen çalışanlar, bu hazırlığı tamamen işlevsiz hale getirebilirler. Bu nedenle, afetlerde eğitim ve öğretim; toplum geneli, kurtarma çalışmalarında görevli kişiler, polis ve itfaiye ekipleri, hemşireler, doktorlar, afet koordinatörleri gibi farklı meslek grupları için ele alınmalıdır. Bu şekilde, afetlerde hizmet veren tüm personelin etkin bir şekilde hazırlıklı olması ve afet durumlarında etkili bir şekilde müdahale edebilmesi sağlanabilir (11).

Afet tıbbı, çeşitli tanımlarla ifade edilse de genel olarak, bir afet durumunda en yüksek sayıda yaralıyı en etkili şekilde kurtarmayı ve bu süreci yönetmeyi hedefleyen bir tıp dalı olarak nitelendirilir (12). Başka bir tanıma göre ise, afet tıbbı; afet öncesi hazırlık ve planlama, afet sırasında müdahale ve yanıt ile afet sonrası iyileşme sürecini kapsayan, afet yaşam döngüsü boyunca tıbbi liderlik yapan ve afetzedelere sağlık hizmeti sunan uzmanlık alanıdır. Basit bir ifadeyle, farklı tıbbi disiplinlerle üst düzey yönetim metodolojilerini birleştiren disiplinler arası bir alandır. Bu tanımlar, afet tıbbının kapsamını ve hedeflerini vurgulamakta ve afetlerde sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması için gerekli olan yaklaşımları tanımlamaktadır (13).

Afet tıbbı eğitimi; afet tıbbı, afet yönetimi ile beraber, triaj, kurtarma, ilk yardım, yaralı stabilizasyon, acil cerrahi prosedürler, hastane tedavisi, ruh sağlığı ve çevre sağlığı tedbirleri konusunu ele alır (13).

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatında (11.09.2019) afet tıbbı ve afet yönetimi ile ilgili içerik bulunmamaktadır (14). Uzmanlık eğitim programında afet tıbbı konusuna özel önem verilmeli ve bu konu müfredata entegre edilmelidir. Bu konuda standart ulusal bir müfredat geliştirmek ve mevcut programları güncel şartlara göre yenilemek gereklidir (4).

2.7. Afetlerde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Çalışanlarının Rolü

Afetlerin sonucunda meydana gelen yıkımı önleme veya azaltmaya çalışan kurumlar arasında sağlık kurumları büyük öneme sahiptir. Afetin her aşamasında bulunan sağlık kuruluşları, hızlı bir şekilde geniş kitlelere ulaşarak gerekli önlemleri almak için kritik bir rol oynayarak sürecin verimli bir şekilde yönetilmesini sağlar (15).

Afet durumlarında sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması, hayatta kalma şansını arttırabilir. Yaralanmaların, hastalıkların ve diğer acil tıbbi ihtiyaçların karşılanmasını sağlayabilir. Sağlık profesyonelleri, afet öncesi hazırlık sürecinden başlayarak afet sırasında ve sonrasında müdahale ederler ve etkilenen topluluklara hizmet verirler. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin afet yönetimindeki rolü oldukça önemlidir ve sağlık profesyonelleri, afetlere müdahalede ve toplumların iyileşmesinde rol oynamaktadır (16). Afet anında sağlık personelinden beklenen, sakin ve soğukkanlı bir şekilde hizmet sunabilme yeteneğidir. Bu tür durumlarda sağlık personelinin eğitilmesinin önemi oldukça büyüktür (15).

Afetlerde amaç, morbidite ve mortalitenin en aza indirilmesidir. Afetin türüne bakılmaksızın sağlık hizmetleri birincil, ikincil ve üçüncül hizmetler olarak ele alınır (17).

Birincil korunma (Afet öncesi):

Birincil korumanın unsurları önleme, hazırlıklı olma, erken tanı ve uyarı sistemleridir ve koruyucu hizmetlerin en kritik bölümünü oluşturur. Bu unsurların amacı,

olası afetlerin gerçek bir felakete dönüşmesini engellemektir (18). Afetin önlenmesi kadar, afete hazır olmak da hayati önem taşır. Bu amaçla, durum değerlendirmesi önceliklidir. Afet öncesinde, coğrafi, demografik ve yapısal özellikler ile personel, araç-gereç, tıbbi malzeme ve diğer kaynaklar göz önünde bulundurularak durum saptaması yapılır. Sağlık kuruluşları, kendi alanlarında afete hazırlıklı olmalıdır. Bu bağlamda, hekimler ve diğer sağlık personeli mesleki eğitimleri sırasında ve sonrasında çeşitli kurslar aracılığıyla afetlerde sağlık hizmetlerine ilişkin eğitilmelidirler (17, 18).

İkincil korunma (Afet sırasında):

Afet sırasında ve sonrasında ilk saatlerde alınması gereken önlemleri içerir. Bu önlemler şunlardır: Afetzedelerin ve etkilenen bölgelerin belirlenmesi, enkazın kaldırılması ve temizlenmesi, afetzedelerin barındırılması ve beslenmesi ile ısıtılması, ulaşım ve iletişimin sağlanması, emniyet ve güvenliğin korunması, koruyucu sağlık hizmetleri ve çevre sağlığı ile tıbbi bakımın sağlanması (17, 18).

Üçüncül korunma (Afetten sonra):

Afetzedelerin ve ailelerinin hayatlarını yeniden kurmaları için gerekenleri içerir. Toplumun afet sonrasında büyük bir psikolojik, sosyal ve ekonomik sıkıntı içinde olduğu unutulmamalıdır. Bu dönemde devletin ve gönüllü kuruluşların desteği son derece önemlidir. Eğitim ve sağlık hizmetleri, iş bulma imkanları, yiyecek ve yakacak temini, kredi desteği, toplumun yeniden yapılanmasına yardımcı olma, geçici barınma sağlama ve ardından rehabilitasyon çalışmaları, öncelikli destekler arasında yer alır (17, 18).

2.8. Türkiye’de Afet Yönetimi

Sağlık organizasyonu çalışmalarının amacı, olası afet durumlarında iyi eğitilmiş ve ihtiyaca yönelik olarak donatılmış sağlık ekipleri aracılığıyla en kısa sürede medikal kurtarma hizmetlerini sunmaktır. Bu hedefe ulaşmak için afet sağlık lojistiği oluşturulur, afet riskleri belirlenip azaltılır, sağlık afet yönetim organizasyonu kurulur ve sistemin kalıcılığı sağlanır. Bu amaçla, Bakanlıkta Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı, illerde ise Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi oluşturulmuştur. Bu yapılar, il ve ülke düzeyinde kurumlar arası yardımlaşma ve koordinasyonu sağlar (19).

Ülkemizde afet ve acil durumların etkin bir şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla, 5902 sayılı Kanun gereği T.C. İçişleri Bakanlığı bünyesinde Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) kurulmuş ve "Bütünleşik Afet Yönetim Sistemi"ne geçilmiştir (20). Bütünleşik afet yönetim süreçleri, önleme/zarar azaltma ve hazırlık, müdahale ve iyileştirme aşamalarından oluşur. Bu çerçevede, en üstte Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP), İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planları (İL-SAP) ve Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) şeklinde sıralanan aşamalardan oluşur. Ulusal düzeyde TAMP, İl düzeyinde İL-SAP ve hastaneler düzeyinde de HAP izlenir (21).

2.9. Aile Hekimliğinde Afet Hazırlık Planlamaları

Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), birinci basamak sağlık hizmetleri sunarlar ancak yataklı tedavi imkanları bulunmadığı için TAMP kapsamında özel afet planlarına sahip değildirler. Bunun yerine, İL-SAP çerçevesinde ilçe sağlık müdürlükleri ve toplum sağlığı merkezleri, bölgelerine ait afet planlarını oluştururken aile sağlığı merkezlerini de planlamalarına dahil ederler (22).

İL-SAP'a göre, aile hekimleri operasyon servisinde yer alır, ildeki ASM'lerin olay sonrasında sorunsuz bir şekilde çalışıp çalışmadığını kontrol eder, varsa sorunların giderilmesi için ilgili servislerle iş birliği yapar. Ayrıca, aile sağlığı hekimlerinin gerektiğinde afetin akut döneminde mobil sağlık ekiplerinde veya hastanelerde görevlendirilmesini ve bunun koordinasyonunu sağlar. Birinci basamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin afet anında da devam etmesini sağlar, kendi bölgelerinde veya afet sonrasında sorumluluk aldıkları bölgelerde özellik arz eden ve sürekli takip gerektiren hastaların tedavi ve takibini yapar ve bu süreci denetler (23).

2.10. Afetlere Hazır Bulunuşluk ve Afet Farkındalığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre afete hazır bulunuşluk; ikili bir müdahale için personel, fon, ekipman ve malzemelerin güvenli bir şekilde koordineli olarak hareket etmesini sağlayan önlemleri ifade eder (24). Başka bir tanıma göre afet hazır bulunuşluğu, herhangi bir felaket durumunda kayıp ve yıkımın azaltılmasında önemli bir rol oynar. Bu hazırlık, risk, tehlike ve kırılganlık kavramlarıyla yakından ilişkilidir. Temel olarak, hazırlık, risk ve tehlikelerin neden olabileceği yıkımları azaltmayı hedefleyen planlama, uygulama ve değerlendirmeyi içerir. Aynı zamanda,

kırılganlıkların azaltılması da afetlere karşı dirençliliğın artırılmasını amaçlar (25). Afet farkındalığı, insanların afetlerde karşılaşılabilecekleri tehlike ve riskler konusunda bireysel olarak bilinçlenmelerini sağlamak, alınacak önlemlerle afet riskini azaltmanın mümkün olduğunu göstermek ve afete hazırlık için gerekli adımları atmalarını teşvik etmek amacıyla yönlendirme yapmaktır (26).

Sağlık personelinin afet ve acil durumlar için hazır olmalarında ilk adım, afet planının tüm çalışanlar tarafından bilinip anlaşılmasıdır. Ayrıca, çalışanların afetlere hazırlık eğitimleri tatbikatlarla desteklenmelidir. Afet durumlarında sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanması ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için afetlere hazır olmak gereklidir (27).

2.11. Aile Hekimliğinde Afet Yönetimi

2.11.1. Afet öncesi dönemde

Bölgesi dâhilinde meydana gelebilecek her türlü afete karşı hazırlıklı durumda olmak için bölgesinin nüfus yoğunluğu, coğrafi şartları, altyapısı, çevre koşulları, sosyoekonomik durumlarını, malzeme ve personel durumunu inceleyerek; afet durumunda bölgesinin göreceği zararın boyutunu öngörür.

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.

Hazırladığı planda personeline gerekli görevlendirmeleri ve eğitimi yaparak pratik ve masa başı tatbikatlar yapar. Kendi bölgesinde afetlere yönelik halk eğitimleri düzenler (28).

2.11.2. Afetin Olduğu Dönemde

Afet durumlarında sağlık hizmeti vermek ve normal hayata dönüş sürecini hızlandırmak için TSM tarafından afet planı içerisinde verilen görevleri ve İl Afet Planı doğrultusunda üzerine düşen görevleri yapar. İlçe Sağlık Müdürlüğü afet planı doğrultusunda alternatif su kaynağı temini, aş evleri kurulması, atıkların toplanması ve bertaraf edilmesine yardımcı olur (29).

Acil durumlarda ve afet anlarında, aile hekimleri, rutin birinci basamak sağlık hizmetlerini mümkün olduğunca sürdürmeli ve diğer sağlık hizmeti gruplarıyla koordineli bir şekilde hareket ederek tıbbi ihtiyaçların sürekli olarak sunulmasını sağlamalı ve hastaları tıbbi olarak yönetmeli böylece etkin bir afet yönetimi sağlanabilir (3, 4)

Afetlere hazırlık ve müdahale noktasında aile hekimliğinin esnek yaklaşımı ve bilgi birikimi son derece önemlidir. Salgın anında risk altındaki hastaları belirleyerek ve olası salgınları bildirerek pandemi sürveyansında önemli bir rol alır. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sorumlu olduğu nüfusu bilgilendirir, kişisel tedbirlerin alınmasını sağlar. Aşı, ilaç ve tıbbi malzeme temini ve stoklamasını yapar.

Her türlü afette, aile hekimleri, erken tespit ve hızlı müdahale gibi özellikleriyle afet tıbbının başarısında önemli bir rol oynarlar (3, 30).

Araştırmacı ve klinisyen aile hekimlerinin tutumları, hastalıklara ait verilerin düzenli kaydedilmesi, iletilmesi, toplanması ve analiz edilerek değerlendirilmesi süreçlerinde önemli rol oynar. Bu süreçleri yönlendirerek, küresel krizlerde olayların tanınması, önlenmesi ve toplumun iyileştirilmesi için girişimde bulunabilirler. Yönetici aile hekimi tutumuyla, afetlere hazırlık planlarının her aşamasında aktif bir rol alarak üst düzey yöneticilerle ve afete maruz kalanlar arasında bir köprü olabilirler. Toplumsal yanıt için önemli bir köprü konumunda olan aile hekimleri, istenilen düzeyde toplumsal yanıtın sağlanmasına yardımcı olabilirler (31).

Köylerden kasabalara ve hatta ilçelere kadar, taşra dediğimiz yerlerde, ekipman ve sağlık personelinin yetersizliği, en ufak bir olayın bile acil bir duruma ve hatta afete dönüşme riskini artırabilir. Bu nedenle, taşradaki sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olan ASM ve çalışanları, bu durumla başa çıkmak için daha fazla gereksinim duyulabileceklerdir. Kırsal kesimde görev yapan aile hekimleri, çevre koşullarına daha iyi uyum sağlayarak kriz anlarında bölge halkı için bir destek olabilirler (4).

2.11.3. Afet Sonrası Dönemde

Afet sonrasında, aile hekimlerinin toplum odaklı bir yaklaşıma sahip olmaları ve krizle başa çıkma becerilerini geliştirmeleri, birey ve toplum sağlığı için son derece önemlidir. (4).

Aile hekimleri "kapsamlı, bütüncül, kişi merkezli ve boylamsal bir yaklaşım" çerçevesinde etkili iletişim kurarak ve güven ilişkisi oluşturarak afetzedenin hem fiziksel hem de ruhsal açıdan akut ve/veya kronik problemlerine cevap verirler. Afet anında veya sonrasında ortaya çıkabilecek her türlü salgın hastalıkla mücadelede etkin bir rol üstlenirler. Bu salgın hastalıklar arasında üst solunum yolu enfeksiyonları, gastroenterit gibi hastalıklar bulunabilir. Kronik hastalıkların takibinde, tedavinin kesintiye uğramaması ve temel sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği sağlanmalıdır. Ruhsal sağlık açısından, posttravmatik stres bozukluğu, depresyon veya alkol bağımlılığı gibi akut veya kronik problemlerle karşılaşılabilir (27).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Eylül 2023- Mart 2024 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Tıp Fakültesi (n=67), Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi (SÜ Tıp Fakültesi) (n=59), Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi (KBEAH) (n=34) ve Konya Şehir Hastanesi (KŞH) (n=120) Aile Hekimliği Anabilim Dalları'nda eğitim alan 280 araştırma görevlisi oluşturdu. Çalışma için herhangi bir örneklem yöntemi seçilmeden gönüllü olan araştırma görevlisi hekimlerin hepsine ulaşılması hedeflendi. Gönüllülük temelinde 207 araştırma görevlisi anketi cevapladı ve eksik doldurulan yedi anket çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak evrenin %71,4'üne ulaşılarak 200 araştırma görevlisi hekimin verileri çalışmaya dahil edildi.

3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

1. Ana dili Türkçe olmayan araştırma görevlileri
2. Konya'ya rotasyonel olarak il dışından gelen aile hekimliği asistanları

3.4. Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışmanın etik kurul onayı Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan alınmıştır (Sayı: 2023/4563 Tarih: 06 Ekim 2023).

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formunun ilk bölümünde sosyodemografik bilgiler ve afetlerle ilgili sorular, ikinci bölümünde Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği yer aldı, üçüncü bölümünde ise hekimlerin afetlere ne kadar hazır hissettiklerini vizüel analog skala üzerinden puanlamaları istendi. Anket formu yüz yüze uygulandı ve doldurmaları yaklaşık 10 dakika sürdü. Anket formu örneği ekte yer almaktadır.

Vizüel analog skala 1'den 10'a kadar derecelendirildi ve 1-2 "hiç hazır değilim", 3-4 "hazır değilim", 5-6 "orta derecede hazırım", 7-8 "hazırım", 9-10 "tamamen hazırım" olarak değerlendirildi.

3.6. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu anket formu, konuyla ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlandı. Yaş, cinsiyet, unvanı, meslekte geçirilen süre, afete maruziyet durumu, afetlerle ilgili eğitim durumu, afet sonrasında yaşadığı olumsuz duygu/durumlar ve afetlerle ilgili hekimin tutum, bilgi donanım afete hazır bulunuşluk düzeyi sorgulandı.

3.7. Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği

Acil durumlara/afetlere bireysel hazırlığı değerlendirmek için sağlık inanç modeli'ne dayalı ölçek; İnal ve ark tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir. Öz yeterlilik (8 madde), eylem ipuçları (5 madde), algılanan duyarlılık (6 madde), algılanan engeller (6 madde), algılanan faydalar (3 madde) ve algılanan ciddiyet (3 madde) olmak üzere 6 alt boyut ve 31 maddeden oluşmaktadır. Tüm maddeler 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 5'e kadar (kesinlikle katılıyorum) beşli Likert tipinde puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeler kullanılan maddeler ters puanlanmaktadır. Daha yüksek puan daha olumlu inancı temsil etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,900 olarak hesaplanmıştır (32).

3.7.1 Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği Alt Boyutları

Algılanan Duyarlılık; bireyin herhangi bir afete yakalanma ya da afetle ilgili bir etkiye maruz kalma olasılığı konusundaki inancıdır.

Algılanan Ciddiyet; afet ve oluşturabileceği problemi algılama konusundaki ciddiyettir.

Algılanan Yarar; bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar faydalı algıladığı, eğer o davranış değişikliğini gerçekleştirirse afet riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır.

Algılanan Engeller; önerilen davranışı gerçekleştirmenin önünde algılanan somut ya da duygusal engeller ya da bu davranışın yol açacağı düşünülen istenmeyen sonuçlardır.

Eyleme Geçiriciler; afete hazırlıklı olma davranışını etkileyebilecek olaylar, insanlar ve diğer faktörler olarak tanımlanmaktadır.

Öz Yeterlilik; bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inançlarıyla ilgilidir (32).

3.8. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilecek veriler değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package For Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma cinsinden, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde cinsinden analiz edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımını karşılayanlarda Independent Samples-T Test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) testi kullanıldı. Gruplar arası farkın olduğu durumda Post-Hoc Tukey testleri ile anlamlılık değerlendirildi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4.BULGULAR

Anket formunu eksiksiz dolduran 200 araştırma görevlisi hekimin verileri analiz edildi.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların %40,5'i (n=81) erkek, %59,5'i (n=119) kadındı. Çalışmaya katılanların ortalama yaşı 30,79±5,82 (min=24 maks=53) yıl ve çalışma süresi ortalama 60,28±5,19 (min=1 maks=312) ay idi.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Ort±SD	Min-Maks
Yaş(yıl)	30,79±5,82	24-53
Çalışma süresi(ay)	60,28±5,19	1-312
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	81	40,5
Kadın	119	59,5
Unvan		
AHU	148	74,0
SAHU	52	26,0
Çalıştığı kurum		
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi	63	31,5
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi	32	16,0
Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi	12	6,0
Konya Şehir Hastanesi	93	46,5
Toplam	200	100

AHU: Aile Hekimliği Uzmanlığı; SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı

Araştırma görevlilerinin %74,0'ı (n=148) aile hekimliği uzmanlığı (AHU), %26,0'ı (n=52) sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı (SAHU) öğrencisiydi ve %31,05'i (n=63) Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, %16,0'ı (n=32) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, %6,0'ı (n=12) Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi %46,5'i (n=93) Konya Şehir Hastanesi'nde çalışmaktaydı (Tablo 1).

Katılımcılar tarafından sel [%99,5 (n=199)], kasırga [%98,0 (n=196)] ve deprem [%94,5 (n=189)] en iyi bilinen doğal afetler olarak tanımlandı (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Doğal Afet Tanımları

	n	%
Doğal afetler		
Sel	199	99,5
Kasırga	196	98,0
Deprem	189	94,5
Volkanik Patlama	183	91,5
Sıcak veya Soğuk Hava Dalgası	147	73,5
Yangın	122	61,0
Salgın	98	49,0
Kitlesel Kayıplara Yol Açan Ulaşım Kazaları	16	8,0
Biyolojik Saldırıları	10	5,0
Tehlikeli Madde Salınımına Yol Açan Ulaşım Kazaları	10	5,0
Terör Olayları (Hedef Grubunda Toplum Olanlar)	6	3,0
Bombalama	5	2,5
Kimyasal Ajanların Kullanıldığı Silahlar	4	2,0
Toplam	1185*	592,5*

*birden fazla cevap veren katılımcılar bulunmaktadır.

4.2. Afet Maruziyeti, Afetlerde Aktif Rol Alma ve Hazır Bulunuşlukla İlgili Veriler

Çalışmaya katılan araştırma görevlilerinin %37,5'i (n=75) daha önce herhangi bir afete maruz kaldığını, %30,0'ı (n=60) afet planlamasına katıldığını, %62,5'i (n=125) afet tatbikatına katıldığını, %8'i (n=16) bir afette görevli hekim olarak çalıştığını, %60,0'ı (n=120) afette gönüllü olarak çalışmayı istediğini, %8'i (n=16) daha önce bir afette gönüllü hekim olarak çalıştığını ve %4,0'ı (n=8) afetlerle mücadele eden kuruma üye olduğunu belirtti (Tablo 3).

Tablo 3. Afete Maruziyet ve Afetlerde Aktif Rol Alma Durumu

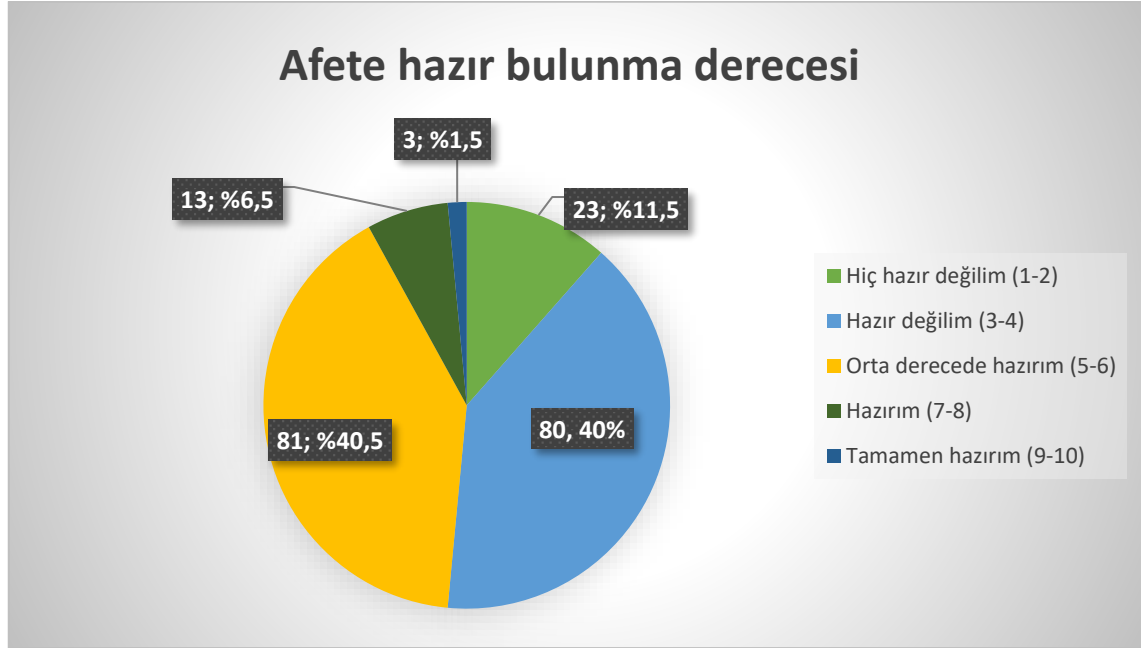
	n	%
Afete maruz kalma durumu		
Evet	75	37,5
Hayır	125	62,5
Maruz kalınan afet (n=75)*		
Deprem	67	89,3
COVID Salgını	12	16,0
Sel	3	4,0
Afet planlamasına katılma durumu		
Evet	60	30,0
Hayır	122	61,0
Hatırlamıyorum	18	9,0
Afet tatbikatına katılma durumu		
Evet	125	62,5
Hayır	62	31,0
Hatırlamıyorum	13	6,5
Afette görevli hekim olarak çalışma durumu		
Evet	16	8,0
Hayır	182	91,0
Hatırlamıyorum	2	1,0
Afette gönüllü olarak çalışma durumu		
Evet	16	8,0
Hayır	183	91,5
Hatırlamıyorum	1	1,5
Afette gönüllü olarak çalışmayı isteme durumu		
Evet	120	60,0
Hayır	54	27,0
Emin değilim	26	13,0
Afetlerle mücadele eden kuruma üye olma durumu		
Evet	8	4,0
Hayır	186	93,0
Hatırlamıyorum	6	3,0

*birden fazla cevap verilmiştir.

Katılımcıların afete hazır bulunma düzeyi ortalama $4,37 \pm 1,69$ (min=1 maks=10) idi (Tablo 4). Hekimlerin %1,5'i kendini tamamen afetlere hazır hissederken %11,5'i hiç hazır bulmuyordu (Şekil 1).

Tablo 4. Katılımcıların Afete Hazır Bulunma Düzeyi

	Ort±SD	Ortanca	Min-Maks
Afete hazır bulunma düzeyi	4,37±1,69	4	1-10



Şekil 2. Katılımcıların afete hazır bulunma derecesi dağılımı

Katılımcıların %68,0'ı (n=136) aile hekimlerinin afetlerde rolü olmasının gerektiğini düşünüyordu (Tablo 5).

Katılımcılara açık uçlu soru olarak sorulan "Aile hekimlerinin afetten önce, afet sırasında ve afet sonrasında rolü ne olmalıdır?" sorusu, hekimlerin cevaplarına göre araştırmacılar tarafından alt gruplara ayrıldı. Buna göre, aile hekimlerinin afetten önceki rolleri şu şekilde belirlendi: bilgilendirme yapmak (%66,5, n=133), afet planlaması yapmak (%21,5, n=43), ilk yardım öğretmek (%18,5, n=43), kitapçık ve broşür hazırlamak (%10,5, n=21) olarak gruplandı (Tablo 5).

Aile hekimlerinin afet sırasındaki rolleri katılımcıların verdiği cevaplara göre tıbbi destekte bulunmak %32,5 (n=65), ilk yardım yapmak %36 (n=72), triaj yapmak %17,5 (n=35), organizasyon ve planlama yapmak %22 (n=44) olarak dört alt gruba ayrıldı (Tablo 5).

Katılımcıların aile hekimlerinin afet sonrasındaki rollerine yönelik verdiği cevaplar beş alt grupta toplandı. Bunlar: birinci basamak sağlık hizmeti sunmak %42,5 (n=85), salgın hastalıklarla mücadele etmek %21 (n=42), aşılama yapmak %7,5 (n=15), psikolojik destekte bulunmak %29,5 (n=59) ve üst basamaklara yönlendirmek %13,5 (n=27) idi (Tablo 5).

Tablo 5. Aile Hekimlerinin Afetlerdeki Rolü

	n*	%*
Aile hekimlerinin afetlerde rolü olmalı mı?		
Evet	136	68,0
Hayır	24	12,0
Emin değilim	39	19,5
Afet öncesi aile hekimlerinin rolü		
Bilgilendirmek	133	66,5
Afet planlaması yapmak	43	21,5
İlk yardım öğretmek	37	18,5
Kitapçık ve broşür hazırlamak	21	10,5
Afet sırasında aile hekimlerinin rolü		
İlk yardım yapmak	72	36
Tıbbi destekte bulunmak	65	32,6
Organizasyon ve planlama yapmak	44	22
Triaj yapmak	35	17,5
Afet sonrasında aile hekimlerinin rolü		
Birinci basamak sağlık hizmeti sunmak	85	42,5
Psikolojik destekte bulunmak	59	29,5
Salgın hastalıklarla mücadele etmek	42	21
Üst basamaklara yönlendirme	27	13,5
Aşılama yapmak	15	7,5

*Çoklu yanıtlar verildi.

Çalışmaya katılanların %68,5'i (n=137) daha önce afet tıbbi hakkında eğitim aldığını, %87,0'ı (n=174) afet tıbbi hakkında eğitim almak istediğini belirtti. Aile hekimliği araştırma görevlilerinin afete hazır bulunuşluk durumları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Afete Hazır Bulunuşluk Durumu

	n	%
Afet tıbbi hakkında eğitim alma durumu		
Aldım	43	21,5
Almadım	137	68,5
Hatırlamıyorum	20	10,0
Afet tıbbi hakkında eğitim almayı isteme durumu		
İstiyor	174	87,0
İstemiyor	13	6,5
Kararsız	13	6,5
Afet haberlerini takip etme durumu		
Ediyor	159	79,5
Etmiyor	41	20,5
Evde afet çantası olma durumu		
Var	25	12,5
Yok	175	87,5
Eğitim alınan kurumda afet planının varlığını bilme durumu		
Afet planı var	49	24,5
Afet planı yok	33	16,5
Bilmiyorum	118	59,0
Afete yönelik sigorta yaptırma durumu		
Yaptırmış	52	26,0
Yaptırmamış	133	66,5
Hatırlamıyor	15	7,5
Yaşadığı yerin hangi doğal afet yönünden risk altında olduğunu bilme durumu		
Biliyor	132	66,0
Bilmiyor	68	34,0
Uzman olarak çalışılacak yer seçiminde doğal afet riskini göze alma durumu		
Alırım	107	53,5
Almam	50	25,0
Kararsızım	43	21,5
Herhangi bir afet durumunda toplanma bölgesini bilme durumu		
Biliyor	39	19,5
Bilmiyor	161	80,5
Toplam	200	100

4.3. Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Ölçek ortalama puanları ve Cronbach's Alpha değerleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Ölçek Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

	Madde sayısı	Min-maks	Ort±SD	Cronbach's alpha
Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği	31	65-144	112,07±12,12	0,847
Özetkililik	8	13-38	29,02±3,85	0,650
Eylem ipuçları	5	5-25	16,59±3,17	0,691
Algılanan duyarlılık	6	13-30	22,13±3,31	0,702
Algılanan engeller	6	10-30	20,40±3,30	0,547
Algılanan faydalar	3	5-15	12,23±1,90	0,699
Algılanan ciddiyet	3	6-15	11,69±2,22	0,568

4.4. Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği (GAHIÖ) ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Genel afetlere hazırlık inanç ölçeğinin özetkililik alt boyutunda erkeklerin ortalama puanı (29,96±4,19) kadınlardan (28,38±3,48) yüksek tespit edildi (**p=0,004**). Kadınların algılanan engeller ve algılanan ciddiyet alt boyut ortalama puanları (sırasıyla 20,89±3,10, 12,19±2,00) erkeklerinkinden (sırasıyla 19,69±3,48, 10,95±2,35) anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla **p=0,012**, **p<0,001**).

Katılımcılardan AHU olarak görev yapanların özetkililik ortalama puanı (11,94±2,20) SAHU grubundan (11,03±2,19) yüksek tespit edildi (**p=0,014**). SAHU'ların algılanan ciddiyet puanı (11,03±2,19) AHU'larinkinden (11,91±2,20) düşüktü (**p=0,014**) (Tablo 8).

Tablo 8. Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği (GAHIÖ) ve Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

	Özetkililik	Eylem ipuçları	Algılanan duyarlılık	Algılanan engel	Algılanan fayda	Algılanan ciddiyet	GAHIÖ toplam
	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD
Cinsiyet							
Erkek	29,96±4,19	16,37±3,50	21,95±3,65	19,69±3,48	12,23±1,83	10,95±2,35	111,16±13,60
Kadın	28,38±3,48	16,73±2,92	22,25±3,07	20,89±3,10	12,23±1,95	12,19±2,00	112,69±11,01
p*	0,004	0,421	0,530	0,012	0,998	<0,001	0,380
Unvan							
AHU	11,94±2,20	16,45±3,33	22,00±3,37	20,48±3,32	12,22±1,92	11,91±2,20	111,7±12,59
SAHU	11,03±2,19	16,98±2,64	22,48±3,16	20,17±3,28	12,25±1,84	11,03±2,19	112,90±1,48
p*	0,014	0,303	0,377	0,558	0,947	0,014	0,568
Çalıştığı kurum							
NEÜ Tıp Fakültesi	29,06±3,96	16,60±3,62	22,53±3,14	21,11±3,32	12,44±1,99	12,26±2,00	114,03±13,18
SÜ Tıp Fakültesi	29,56±4,24	15,71±2,56	21,65±3,95	20,56±3,59	12,03±2,25	11,65±2,45	110,18±12,43
KBEAH	29,50±3,50	16,33±2,98	22,58±4,25	20,75±3,25	11,91±2,06	11,16±12,20	112,25±14,97
Konya Şehir Hastanesi	29,09±3,73	16,91±2,98	21,95±3,07	19,82±3,15	12,20±1,69	11,37±2,24	111,37±10,83
p**	0,880	0,328	0,557	0,116	0,687	0,078	0,438

AHU: Aile Hekimi Uzmanlığı SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimi Uzmanlığı KBEAH: Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi GAHIÖ: Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği *Bağımsız örneklemelerde t testi kullanılmıştır. **Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

4.5. GAHİÖ ve Afete Maruziyet ve Afetlerde Aktif Rol Alma Durumu Verilerinin Karşılaştırılması

Daha önce afet planlamasına katılanların algılanan duyarlılık ortalama puanı (23,00±3,33) katılmayanlardan (21,69±3,32) yüksekti (**p=0,034**). Afet tatbikatına katılan katılımcıların özetkililik (29,52±4,07), algılanan duyarlılık (2,58±3,31), algılanan fayda (12,53±1,80), algılanan ciddiye ortalama puanları (12,14±2,05) ve GAHİÖ toplam puanı (114,24±12,48) katılmayanlarınkinden (sırasıyla 28,04±3,32, 21,16±3,22, 11,56±1,96, 10,83±2,27, 107,79±11,11) yüksek saptandı (sırasıyla **p<0,001, p=0,015, p=0,003, p<0,001, p=0,002**).

Afette görevli hekim olarak çalışanların özetkililik alt boyut ortalama puanı (32,62±3,93) ve toplam GAHİÖ puanı (120,12±14,71) çalışmayan grubun aynı alt boyut ortalama puanlarından (sırasıyla 28,69±3,71, 111,41±11,71) yüksek bulundu (sırasıyla **p<0,001, p=0,016**). Bir afette gönüllü olarak çalışanların özetkililik puanı (31,81±4,00) çalışmayan grubunkinden (28,78±3,76) yüksek tespit edildi (**p=0,002**). Asistan hekimlerden afette gönüllü olarak çalışmayı istemeyenlerin GAHİÖ toplam ortalama puanı (108,01±14,06) isteyenlerinkinden (114,68±10,68) düşüktü (**p=0,002**).

Katılımcılardan “aile hekiminin afetlerde rolü olmalı” diyenlerin özetkililik (29,48±3,74) algılanan engeller (20,83±3,14) ve GAHİÖ toplam puanı (114,23±11,30) “aile hekiminin afetlerde rolü olmamalı” diyen grubunkinden (sırasıyla 27,37±4,58, 18,95±4,15, 105,33±14,66) yüksekti (sırasıyla **p=0,035, p=0,027 p=0,002**) (Tablo 9).

Tablo 9. GAHiÖ* ile Afete Maruziyet ve Aktif Rol Alma Durumu Verilerinin Karşılaştırılması

	Özetkililik	Eylem ipuçları	Algılanan duyarlılık	Algılanan engeller	Algılanan fayda	Algılanan ciddiyet	Toplam
	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD
Afete maruz kalma durumu							
Evet	11,74±2,16	16,74±2,86	22,45±3,30	20,64±3,37	12,29±1,90	11,74±2,16	113,01±11,64
Hayır	11,65±2,27	16,49±3,35	21,93±3,32	20,26±3,27	12,20±1,90	11,65±2,27	111,51±12,41
p*	0,781	0,590	0,287	0,438	0,738	0,781	0,398
Afet planlamasına katılma durumu							
Evet	29,91±4,66	17,03±3,50	23,00±3,33	20,46±3,57	12,31±1,94	12,06±2,21	114,80±13,78
Hayır	28,59±3,51	16,29±3,07	21,69±3,32	20,40±3,27	12,17±1,87	11,55±2,21	110,71±11,60
p*	0,093	0,259	0,034	0,963	0,836	0,273	0,101
Afet tatbikatına katılma durumu							
Evet	29,52±4,07	16,85±3,29	22,58±3,31	20,59±3,38	12,53±1,80	12,14±2,05	114,24±12,48
Hayır	28,04±3,32	16,09±2,97	21,16±3,22	20,08±3,31	11,56±1,96	10,83±2,27	107,79±11,11
p*	<0,001	0,298	0,015	0,588	0,003	<0,001	0,002
Afette görevli hekim olarak çalışma durumu							
Evet	32,62±3,93	17,81±3,10	23,37±3,61	21,37±4,80	13,00±2,33	11,93±1,76	120,12±14,71
Hayır	28,69±3,71	16,52±3,15	22,00±3,28	20,32±3,15	12,18±1,84	11,67±2,27	111,41±11,71
p*	<0,001	0,055	0,241	0,472	0,112	0,822	0,016
Afette gönüllü olarak çalışma durumu							
Evet	31,81±4,00	16,75±3,06	22,50±4,41	21,50±4,53	13,12±1,70	11,75±1,94	117,43±14,70
Hayır	28,78±3,76	16,57±3,19	22,09±3,21	20,30±3,18	12,15±1,90	11,68±2,25	111,60±11,80
p*	0,002	0,834	0,643	0,168	0,051	0,911	0,065
Afette gönüllü olarak çalışmayı isteme durumu							
Evet ^a	29,81±3,59	17,24±2,89	22,66±2,92	20,70±3,32	12,46±1,72	11,79±2,25	114,68±10,68
Hayır ^b	27,68±4,26	15,27±3,54	21,38±4,23	20,12±3,15	12,03±2,10	11,50±2,11	108,01±14,06
Emin değilim ^c	28,15±3,29	16,30±2,76	21,19±2,33	19,61±3,49	11,57±2,08	11,61±2,40	108,46±11,21

p**	0,002^{ab}	<0,001^{ab}	0,047^{ab}	0,544	0,348	0,706	0,002^{ab}
Afetlerle mücadele eden kuruma üye olma durumu							
Evet	29,50±3,25	18,00±2,07	22,50±4,81	21,87±4,22	12,88±1,64	10,87±1,80	115,62±14,24
Hayır	29,11±3,81	16,56±3,21	22,09±3,27	20,35±3,26	12,25±1,89	11,71±2,22	112,10±11,94
p*	0,720	0,318	0,873	0,427	0,081	0,549	0,364
Aile hekimlerinin afetlerde rolü olması durumu							
Evet ^d	29,48±3,74	1,91±3,15	22,59±3,13	20,83±3,14	12,53±1,78	11,86±2,23	114,23±11,30
Hayır ^e	27,37±4,58	15,41±3,58	21,16±4,39	18,95±4,15	11,70±2,17	10,70±2,33	105,33±14,66
Emin değilim ^f	28,45±3,51	16,17±2,82	21,12±2,91	19,82±3,02	11,52±1,89	11,67±2,03	108,77±11,19
p**	0,035^{de}	0,066	0,035^{de}	0,027^{de}	0,008^{df}	0,063	0,002^{de};0,028^{df}

GAHIÖ: Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği

*Bağımsız örneklemelerde t testi kullanılmıştır. **Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır. Ankette hatırlamıyorum işaretlemesi yapanlar istatistiğe dahil edilmemiştir.

4.6. Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği ile Afete Hazır bulunuşluk Verilerinin Karşılaştırılması

Araştırma görevlilerinden afet tıbbı hakkında eğitim almak isteyenlerin özetkililik (29,34±3,70), eylem ipuçları (16,82±3,11), algılanan engel (20,61±3,34) puanları ve GAHIÖ toplam puanı (113,18±11,47) eğitim almak istemeyenlerinkinden (sırasıyla 26,69±5,28, 13,92±3,88, 18,15±2,60, 102,00±15,05) yüksekti (sırasıyla **p=0,042, p=0,004, p=0,026, p=0,003**).

Afet çantası bulunduran hekimlerin özetkililik puanı (30,72±3,90) afet çantası bulundurmayan grubunkinden (28,78±3,80) yüksek tespit edildi (**p=0,019**).

Eğitim aldığı kurumunda afet planı olanların özetkililik puanı (30,30±4,66) ve GAHIÖ toplam puanı (115,75±14,12) afet planı olmayanlarinkinden (sırasıyla 27,96±3,45, 108,96±10,30) yüksekti (sırasıyla **p=0,019, p=0,034**). Eğitim alınan kurumda afet planı olan grubun eylem ipuçları alt boyut ortalama puanı (17,59±3,46) afet planının varlığını bilmeyenlerinkinden (16,17±3,15) yüksekti (**p=0,023**).

Katılımcılardan yaşadığı yerin hangi doğal afet yönünden risk altında olduğunu bilen grubun algılanan engeller (20,84±3,38), algılanan faydalar (12,49±1,67) puanı ve GAHIÖ toplam puanı (113,73±12,29) bilmeyen grubunkinden (sırasıyla 19,54±3,00, 11,73±2,20, 108,85±11,16) yüksekti (sırasıyla **p=0,008, p=0,007, p=0,007**).

Uzman olarak çalışacağı yer seçiminde doğal afet riskini göz önüne alan grubun eylem ipuçları (17,28±2,90), algılanan duyarlılık (22,79±3,22) ve GAHIÖ toplam puanı (114,70±11,28) doğal afet riskini göz önüne almayanlarinkinden (sırasıyla 15,90±3,25, 21,00±3,62, 109,34±12,81) yüksek bulundu (**p=0,026, p=0,004, p=0,024**) (Tablo 10).

Tablo 10. GAHIÖ* ve Afete Hazır bulunuşluk Verilerinin Karşılaştırılması

	Özetkililik	Eylem ipuçları	Algılanan duyarlılık	Algılanan engeller	Algılanan fayda	Algılanan ciddiyet	Toplam
	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD
Afet tıbbı hakkında eğitim alma durumu							
Evet	29,95±4,82	16,76±3,99	22,13±4,25	21,13±3,54	12,11±1,99	11,55±1,96	113,67±15,18
Hayır	28,94±3,37	16,47±3,00	22,25±3,03	20,17±3,30	12,39±1,79	11,77±2,31	112,02±10,96
p*	0,064	0,725	0,451	0,250	0,082	0,713	0,363
Afet tıbbı hakkında eğitim almayı isteme durumu							
Evet ^a	29,34±3,70	16,82±3,11	22,21±3,19	20,61±3,34	12,34±1,86	11,83±2,18	113,18±11,47
Hayır ^b	26,69±5,28	13,92±3,88	20,92±4,36	18,15±2,60	11,69±1,75	10,61±2,21	102,00±15,05
Emin değilim ^c	27,15±3,38	16,23±2,04	22,15±3,91	19,76±2,86	11,23±2,35	10,76±2,52	107,30±13,06
p**	0,042^{ab}	0,004^{ab}	0,404	0,026^{ab}	0,072	0,051	0,003^{ab}
Afet haberlerini takip etme durumu							
Evet	29,35±3,78	16,82±3,22	22,59±3,06	20,57±3,24	12,41±1,71	11,76±2,23	113,53±11,51
Hayır	27,73±3,93	15,68±2,84	20,31±3,66	19,75±3,51	11,53±2,38	11,39±2,21	106,41±12,89
p*	0,016	0,040	<0,001	0,160	0,008	0,335	0,001
Evde afet çantası bulundurma durumu							
Evet	30,72±3,90	16,24±2,65	23,32±4,54	20,76±3,13	12,84±1,49	11,44±2,41	115,32±12,00
Hayır	28,78±3,80	16,64±3,24	21,96±3,08	20,35±3,33	12,14±1,94	11,72±2,20	111,61±12,10
p*	0,019	0,557	0,055	0,568	0,089	0,550	0,153
Eğitim alınan kurumda afet planının varlığını bilme durumu							
Evet	30,30±4,66	17,59±3,46	22,81±3,77	20,93±3,44	12,83±1,63	11,26±2,23	115,75±14,12
Hayır	27,96±3,45	16,57±2,43	21,18±2,72	20,12±3,00	11,81±1,86	11,30±2,02	108,96±10,30
p*	0,019	0,023	0,090	0,422	0,028	0,095	0,034

Afete yönelik sigorta yaptırma durumu							
Evet	30,01±3,76	16,86±2,77	22,73±3,66	20,78±3,92	12,53±1,83	11,57±2,40	114,51±12,15
Hayır	28,83±3,89	16,66±3,32	21,81±3,23	20,28±3,09	12,12±1,93	11,65±2,16	111,37±12,21
p*	0,039	0,102	0,160	0,617	0,406	0,432	0,215
Yaşanılan yerin hangi doğal afet yönünden risk altında olduğunu bilme durumu							
Evet	29,35±3,84	16,79±3,26	22,44±3,29	20,84±3,38	12,49±1,67	11,79±2,19	113,73±12,29
Hayır	28,38±3,84	16,19±2,97	21,5±3,29	19,54±3,00	11,73±2,20	11,48±2,28	108,85±11,16
p*	0,091	0,203	0,060	0,008	0,007	0,353	0,007
Uzman olarak çalışılacak yer seçiminde doğal afet riskini göze alma durumu							
Evet ^d	29,44±3,41	17,28±2,90	22,79±3,22	20,60±3,44	12,54±1,82	12,01±2,19	114,70±11,28
Hayır ^e	28,72±4,10	15,90±3,25	21,00±3,62	20,26±3,30	12,08±2,16	11,38±2,33	109,34±12,81
Kararsızım ^f	28,32±4,51	15,65±3,36	21,79±2,78	20,06±2,98	11,65±1,61	11,23±2,10	108,72±12,04
p**	0,223	0,026^{de};0,011^{df}	0,004^{de}	0,628	0,025^{df}	0,077	0,024^{de};0,016^{df}
Herhangi bir afet durumunda toplanma bölgesini bilme durumu							
Biliyor	30,38±4,02	17,05±2,62	22,58±3,99	20,58±3,78	12,48±1,86	11,10±2,17	114,20±13,31
Bilmiyor	28,69±3,75	16,47±3,29	22,01±3,13	20,36±3,19	12,17±1,91	11,83±2,22	111,55±11,80
p*	0,014	0,313	0,336	0,699	0,357	0,066	0,222
Aile hekimlerinin afetlerde rolü olması durumu							
Olmalı ^g	29,48±3,74	16,91±3,15	22,59±3,13	20,83±3,14	12,53±1,78	11,86±2,23	114,23±11,30
Olmamalı ^h	27,37±4,58	15,41±3,58	21,16±4,39	18,95±4,15	11,70±2,17	10,70±2,33	105,33±14,66
Emin değilim ⁱ	28,45±3,51	16,17±2,82	21,12±2,91	19,82±3,02	11,52±1,89	11,67±2,03	108,77±11,19
p**	0,035^{gh}	0,066	0,035^{gi}	0,027^{gh}	0,008^{gi}	0,063	0,002^{gh};0,028^{gi}

GAHIÖ: Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği *Bağımsız örneklemelerde t testi kullanılmıştır. **Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır. Ankette hatırlamıyorum işaretlemesi yapanlar istatistiğe dahil edilmemiştir.

5.TARTIŞMA

Türkiye bulunduğu konum itibari ile her an çeşitli afetlerin yaşanabileceği bir ülkedir. Afetler nedeniyle meydana gelen olaylar; çok miktarda can kayıpları, yaralanmalar ve mal kayıplarına yol açmaktadır (33). Afet ve acil durumun boyutu ne olursa olsun, sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramadan sürdürülmesi gerekmektedir. Bu bağlamda toplum sağlığını korumak, sağlık sorunlarına yönelik uygun ve etkili çözümler sunmak gerekmektedir. Toplum sağlığını korumak için çalışan aile hekimlerine bu konuda büyük görev ve sorumluluk düşmektedir. Aile hekimlerinin ansızın karşımıza çıkabilecek afetler hakkında farkındalıklarının artırılması, bilinçlendirilmesi, eğitilmesi ve afetlere hazır hale gelmesi gereklidir. Toplum için her zaman önem arz eden, değişime ve gelişime açık bu yapıların acil durum ve afetlere en üst seviyede hazır olması önem kazanmaktadır. Literatürde Türkiye’de afet yönetimindeki farkındalık ve afetlere hazır bulunuşluk konularında çeşitli alanlarda çalışmalar bulunsa da aile hekimliği araştırma görevlileri ile az sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir ve bu sunulan çalışmayı özgün yapan güçlü bir yönüdür.

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlere doğal afet türlerinin neler olduğu sorulduğunda katılımcıların Konya’da yaşamasına ve bölgede çok sık yaşanmasa da en çok maruz kalınan afet türü deprem olmasına rağmen en çok bilinen afet türleri sel ve kasırga olmuştur. Hekimlerin en çok maruz kaldıkları afet türünün deprem olması ve son yaşanan depremlerden sonra belki de deprem gerçeğinin artık olağan görülmesi bu sonuca yol açmış olabilir.

Boran’ın yaptığı çalışmada öğrencilere maruz kaldığı afet türlerinin neler olduğu sorulduğunda; ilk üç sırada deprem, yangın, sel-su taşkını olduğu saptanmıştır (34). Yiğit ve arkadaşlarının çalışmasında tıp ve mühendislik fakültesi öğrencilerinde ise deprem ilk sırayı almıştır. Bunu sırasıyla yangın, sel, yıldırım, heyelan ve diğer afetler takip etmiştir (35). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da ilk sırayı deprem alırken bunu sel, yangın gibi afetlerin izlediği görülmüştür (36-38).Sunulan çalışmada asistan hekimlerin yaklaşık beşte ikisi afete maruz kaldığını belirtmiştir ve en sık maruz kaldıkları afet deprem olup COVID pandemisi ikinci sırada bulunmaktadır. COVID pandemisinin salgın hastalık türünde biyolojik bir afet olması ve ülke genelinde görülme sıklığı da göz

önüne alındığında asistan hekimlerin afet türlerini bilme konusunda yeterli düzeyde olmadığı düşünülebilir.

Sunulan araştırmaya katılan her on hekimden birinin daha önce bir afette görevli veya gönüllü olarak çalıştığı tespit edildi. Literatüre bakıldığında benzer olarak Yılmaz'ın asistan hekimlerle yaptığı çalışmada her elli hekimden birinin afette görev aldığı tespit edilmiştir (4). Bu sıklığın düşük olmasının sebebi çalışma grubunu asistan hekimlerinin oluşturması ve buna bağlı olarak meslekte geçirilen sürenin kısalığından kaynaklı olabilir. Aynı zamanda hekimlerin olası bir afet durumunda ne ile karşılaşabileceklerine dair öngörülerinin daha düşük olabileceği söylenebilir.

Yapılan çalışmada araştırma görevlisi hekimlerin yarısından fazlası afette gönüllü olarak çalışmak istemektedir. Arslan'ın çalışmasında da tıp öğrencilerin dörtte üçünden fazlasının afette gönüllü olarak çalışmak istediği bulunmuştur (39). Bu sıklığa bakıldığında hekimlerin afetlerde rol almada isteksiz olmadığı söylenebilir. Aile hekimlerinin afette rolü olmalı diyenlerin yüzdesinin de benzer olması bunu destekler niteliktedir.

Çalışmada katılımcıların yarısından fazlası aile hekimlerinin afetlerde rolü olması gerektiğini düşünmesine rağmen yine katılımcıların yarısından fazlası afete hazır olmadıklarını belirtmiştir. Literatüre bakıldığında Dinçer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde sağlık personelinin sadece dörtte birinin afete hazır hissettiği tespit edilmiştir (14). Bu durum hekimlerin afetlerde rol almak için yeterli hissetmediklerini kendilerini geliştirmeleri gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcılar aile hekimlerinin özellikle afet öncesi dönemde rol almaları gerektiğini düşünüyordu ve bu dönemde bilgilendirme yapmak, afet planlanması yapmak, ilk yardım öğretmek, konu ile ilgili kitapçık ve broşür dağıtmak gibi görevlerinin olması gerektiğini düşünüyordu. Henüz afete bağlı problemler meydana gelmeden aktif şekilde mücadele etmek istemeleri ve önlem almaları da aile hekimliğinin koruyucu sağlık hizmeti prensibiyle örtüşmektedir (27). Bununla birlikte, asistan hekimlerin, aile hekimlerinin afet sırasında ilk yardım yapmak, organizasyon ve planlama yapmak, tıbbi destekte bulunmak ve triaj yapmak; afet sonrasında ise birinci basamak sağlık hizmetinin devamını sağlamak, psikolojik destekte bulunmak, salgın

hastalıklarla mücadele etmek, aşılama yapmak gibi görevlerde rol almasının gerektiği düşünmesi, aile hekimlerinin afetin her aşamasında bulunmak istemeleri, kendilerini afetlerin vazgeçilmez unsuru olarak gördüklerini ve görev bilinçlerinin yüksek olduğunu göstermektedir (4).

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin afete hazır bulunma derecesi orta düzeyin altında bulundu. Literatür incelendiğinde ise Tan'ın (2020) sağlık çalışanları ile yaptığı araştırmada, Kocaman'ın (2019) 112'de çalışan personeli ile yaptığı afete hazırlık düzeyinin incelenmesine yönelik araştırmada afete hazır bulunma derecesinin orta düzeyin üzerinde olduğu, Özdemir'in (2018) Kocaeli' de yaptığı toplumun afet risk algısı ve afete hazırlıklı olma durumu çalışmasına katılan kişilerin afetlere hazırlık durumlarının orta düzey olduğu ve kişilerin afete hazırlık durumlarının yeterli seviyede olmadığı tespit edilmiştir (40-42). Bu durum maalesef toplumla birlikte sağlık çalışanı ve hekimlerin de kendilerini afetlere hazır hissetmediklerini göstermektedir.

Ertuğrul'un öğrencilerle yaptığı çalışmada ve Kocaman'ın sağlık personelleri ile yaptığı çalışmada afete ilgili eğitim alanların eğitim almayanlara göre afete hazırlık düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (41, 43). Sunulan çalışmada ise afet tıbbı hakkında eğitim alanın afetlere hazırlık inancında anlamlı fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Bunun sebebi eğitim alan hekim sayısının azlığından ya da eğitim içeriğinden kaynaklı olabilir.

Yapılan çalışmada afet tıbbı eğitimi alanların sıklığı her beş kişiden biri iken her beş hekimden dördünün eğitim almak istemesi alınan eğitimin yeterli olmadığını göstermektedir. Literatürdeki çalışmalar da bunu destekler niteliktedir. Ying ve arkadaşlarının (2023) hemşireler ile birlikte yaptığı çalışmada sırasıyla her otuz kişiden biri ve yaklaşık üçte biri afete müdahale ve afet eğitimi/öğretimi deneyimine sahip bulunmuştur (44). Yılmaz tarafından 2015'te aile hekimleri ile yapılan çalışmada da benzer şekilde eğitimin yetersiz olduğu bulunmuştur (4). Bu sonuçlara bakarak tıp eğitimi müfredatında bu konuya daha fazla yer alması gerektiği ve afetlere yönelik hizmet içi eğitimlere daha çok önem verilmesi gerektiği söylenebilir.

Yılmaz tarafından yapılan çalışmada her yirmi hekimden biri tüm meslek hayatı boyunca herhangi bir afet planı oluşturulmasında görev aldığını ve yaklaşık beşte biri

afet tatbikatına katıldığını belirtmiştir (4). Arslan'ın (2016) yaptığı çalışmada ise tıp fakültesi öğrencilerinin afet tatbikatına katılmış olma durumları sorulmuş ve %1'den az bulunmuştur (39). Bu çalışmada ise her on hekimden üçünün afet planlamasına katıldığı ve yarısından fazlasının afet tatbikatına katıldığı tespit edildi. Bu da afet yönetiminin önemli basamaklarından biri olan risk yönetimi konusundaki deneyimde artış olduğunu ama hala geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Yapılan çalışmada erkek hekimlerin kadınlara göre afetlere karşı daha yeterli düzeyde hissettikleri ve olası bir afet durumunda önleyici tedbirlere başvurma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadın hekimlerin ise olası afet durumunda ortaya çıkabilecek olumsuz yönleri ve olayın ciddiyetini algılama durumu daha yüksekti. İnal (2019) tarafından yapılan çalışmada erkeklerin herhangi bir afete yakalanma ya da afetle ilgili etkiye maruz kalmasına olan inancı kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Afet karşısında kişisel risk değerlendirmelerini yapabilme, afet korkusu ve afetin sonuçlarına dair inançların erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir (45). Tan (2020) çalışmasında sağlık personellerinin genel afete hazırlık düzeyinin cinsiyete göre anlamlı bir fark oluşturmadığını ifade etmiştir (40). Pehlivan'ın, Bingöl Havalimanı personeli ile yaptığı çalışmada kadınlarda afeti ciddiye alma seviyesi erkek katılımcılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (46). Aktay tarafından yapılan çalışmada afet riskinin farkında olma, hazırlıklı olma ve gerekli önlemleri alabilme yeteneği ve afetlere ilişkin bilgi seviyeleri, hazırlık davranışları ve güvenlik inançları gibi farklı alanlarda algıladıkları yararların cinsiyet açısından birbirine yakın olduğu ancak erkeklerin öz etkililiklerinin, kadınlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (47).

Sunulan çalışmada Konya bölgesinde eğitim alınan kurumlarda aile hekimliği araştırma görevlilerinin afetlere hazırlık bulunuşluk düzeyleri benzerdi. Bu sonuca bakarak kurumların afetlerle ilgili müfredat ve eğitim sistemleri açısından denk oldukları söylenebilir. Bu sonuca uzmanlık eğitim müfredatında afet ile ilgili konuların yer almayışı neden olabilir

Hekimlerin afete maruz kalmasının afete hazırlık düzeylerinde anlamlı değişikliğe neden olmadığı görüldü. Benzer şekilde Çelik'in (2020) öğretmenlerle yaptığı çalışmada, Ertuğrul ve Ünal'ın (2020) öğrencilerle yaptığı çalışmada, Tan'ın

(2020) sağlık personelleriyle yaptığı çalışmada, Pehlivan'ın (2021) havaalanı personelleriyle yaptığı çalışmada da afet yaşamış olmanın afete hazırlık inanç düzeyine etkisi olmadığı tespit edilmiştir (40, 43, 46, 48). Ancak İnal ve arkadaşlarının (2019) ,Aydoğmuş Atalay (2020) ve Özen'in (2020) yapmış oldukları çalışmalarda ise afete maruz kalanların afet yaşama olasılığı konusundaki inancı, önleyici tedbirlere başvurma ihtimali, afet yaşama durumu konusundaki ciddiyeti, önleyici tedbirlerin afete yakalanma ihtimalini düşürmedeki faydasına olan algısı, önleyici tedbir davranışları göstermeye yönelten uyarıcıları, koruyucu-önleyici sağlık davranışlarını sergileyebilmesi için kendine olan inançları önleyici tedbirleri veya koruyucu davranışlarını göstermesini engelleyen durum ve algıları kavraması daha fazla tespit edilmiştir (45, 49, 50). Yaşanılan bölgede afet sıklığı ve türü çalışmalar arasındaki farklılığa neden olmuş olabilir.

Ertuğrul'un öğrencilerle yaptığı çalışmada ve Kocaman'ın sağlık personelleri ile yaptığı çalışmada afete ilgili eğitim alanların eğitim almayanlara göre afete hazırlık düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (41, 43). Karancı'nın yaptığı çalışmada afet eğitimi almış olan katılımcıların farkındalık seviyeleri daha yüksek bulunmuştur (51). Sunulan çalışmada ise afet tıbbı hakkında eğitim almanın genel afetlere hazırlık inanç düzeyinde anlamlı fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Bunun sebebi çalışmada eğitim alan hekim sayısının az olmasından veya afet tıbbının eğitim müfredatında yer almamasından kaynaklı olabilir.

Afet tıbbı eğitimi almak isteyen hekimlerin özgüveni, afette etkin rol almalarını engelleyecek durumları saptamaları ve önleyici davranışları gerçekleştirme düzeyi daha yüksek tespit edilmiştir. Bunun nedeni asistan hekimlerin eğitimle bu problemlerin ortadan kaldırılabileceğini düşünüyor olmaları olabilir.

Yapılan çalışmada afet çantası bulunduran hekimlerin afet çantası bulundurmayanlara göre herhangi bir afet ve acil durumla başa çıkma becerilerine olan inançları daha yüksek tespit edildi. olak'ın çalışmasında öğretmenlerin yaklaşık üçte birinin afet çantası bulundurduğu ve afet çantası bulunduranların afet durumunda koruyucu eyleme geçme olasılığı daha yüksek, afete hazırlıklı halde olmanın sağlayacağı yararlarla olan inançları daha kuvvetli, afete hazırlıklı olma davranışını etkileyebilecek

olaylar, insanlar ve diğerk faktörlerin farkında olma düzeyi daha fazla, önerilen davranışı gerçekleştirmenin önünde algılanan somut veya soyut engeller ya da bu davranışın neden olabileceği düşünölen istenmeyen sonuçları anlama yetileri daha gelişmiş bulunmuştur (52). Aktay'ın çalışmasında yine bireysel afet çantası bulunduranların çevresinde meydana gelebilecek afetler hakkında daha bilinçli olduklarını ve bu tür risklerin farkında olduklarını, afetlerle başa çıkmak için neler yapabileceklerini ve hangi adımları atmaları gerektiğini daha iyi belirlediklerini ve afetlerde daha özgüvenli faaliyette bulduklarını göstermektedir (47). Ertuğrul'un öğrencilerle yapılan çalışmada afet çantası olanların genel afete hazırlık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (43). Afet çantası hazırlamanın kişilerin bireysel olarak afete hazırlıklı hissetmesini ve özgüven sağladığını söyleyebiliriz ancak afet çantası bulundurma oranının bu kadar düşük düzeyde olmasının önemli sebepleri afet farkındalığının olmaması ve afet kavramına gereken önemin verilmemesi olabilir. Bu sonuçlar da afetlere karşı hazırlıklı olunmadığının göstergesidir.

Hekimlerin çalıştıkları kurumlarda afet planı olanların daha özgüvenli hissettikleri daha etkin şekilde görev yapabildikleri tespit edildi. Çolak'ın çalışmasında da benzer şekilde çalıştıkları kurumlarda afet planı olan öğretmenlerin daha etkili çalışmakta olduğu ayrıca afet durumundaki problemleri anlama yetisinin daha fazla olduğu, afetlerin potansiyel tehlikelerini fark etme ve algılama düzeyinin daha gelişmiş olduğu, bireylerin harekete geçmesi için tetikleyici sebebin üzerinde daha fazla durduğu tespit edilmiştir (52).

Yapılan çalışmada hekimlerin yarısından fazlası uzman olarak çalışacakları yer seçiminde doğal afet riskini göz önüne alacağını ve yaşadıkları yerin hangi doğal afet yönünden risk altında olduğunu bildiğini belirtmiştir. Bu sonuçlara bakarak hekimlerin hangi afete daha fazla dikkat etmeleri gerektiğini bildiklerinde daha etkin bir mücadele edebilecekleri düşünülebilir.

Yapılan çalışmada hekimlerin yarısından fazlası yaşadıkları yerin hangi doğal afet yönünden risk altında olduğunu bildiğini belirtmiştir ancak afet durumunda toplanma bölgesini bilenlerin oranı düşük olması olası bir afet durumunda aile hekimliğinin temel özelliklerinden olan koordinasyon sağlamada yetersiz kalacaklarını gösterebilir.

Sunulan çalışmada afet haberlerini takip edenlerin takip etmeyenlere göre afet öncesinde, sırasında ve sonrasında hangi davranışları sergilemeleri gerektiğine yönelik bilgi ve becerilerinin daha gelişmiş olduğu, afetlerin potansiyel tehlikelerini fark etme ve algılama düzeyinin, güvenlik risklerinin farkına varmanın, afetlere karşı hazırlık yapmanın ve bu konuda çaba göstermenin kendilerine ne tür faydalar sağlayacağına dair yetilerinin daha kuvvetli olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda afet haberlerinin takibi, acil durumları kavrama, öğrenim ve fikir sahibi olma konusunda yardımcı olabilir.

6.SONUÇLAR

Aile hekimliği araştırma görevlilerinin afet yönetimindeki rollerine ilişkin farkındalıkları ve afetlere hazır bulunuşlukları incelenmiştir.

Bu çalışmada asistan hekimlerin doğal afet tanımlamasında sel, kasırga ve deprem en üst sıralarda yer almıştır.

Hekimlerin dörtte birinden fazlası afete maruz kalmıştır. En fazla maruz kaldıkları afet deprem olarak belirlenmiştir.

Yapılan çalışmada her dört hekimden üçü aile hekimlerinin afetlerde rolü olması gerektiğini düşünmektedir.

Hekimlerin kendilerini afete hazır hissetme düzeyleri ortalamanın altında tespit edildi.

Aile hekimlerinin afetin her döneminde görevli olmasının gerektiği saptanmıştır ancak özellikle afet öncesi dönemde rol alması ve bu dönemde en çok bilgilendirme yapması gerektiği düşünülmektedir.

Katılımcıların beşte biri afet tıbbı hakkında eğitim almıştır ve tamamına yakını afet tıbbı hakkında eğitim almak istemektedir.

Katılımcılardan afet tıbbı hakkında eğitim almanın ve afetle mücadele eden bir kuruma üye olmanın genel afetlere hazırlık inanç düzeylerine anlamlı etkisi bulunamamıştır.

Hekimlerden afette gönüllü olarak çalışmayı isteyenlerin, afet haberlerini takip edenlerin, afet tıbbı hakkında eğitim almayı isteyenlerin, eğitim alınan kurumda afet planının varlığını bilenlerin, afette görevli hekim olarak çalışanların, yaşanan yerin hangi doğal afet yönünden risk altında olduğunu bilenlerin, afet tatbikatına katılanların, uzman olarak çalışılacak yer seçiminde doğal afet riskini göz önünde bulunduranların,

aile hekimlerinin afetlerde rolü olması gerektiğini düşünenlerin genel afete hazırlık inançları daha yüksekti.

7. ÖNERİLER

Son yıllarda yaşanan tüm dünyayı etkileyen COVID pandemisi ve ülkemizi hüzne boğan 6 Şubat Kahramanmaraş depremi sonrası afetlere karşı hazırlıklı olmanın önemi acı şekilde tecrübe edilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve hasta ile her an temas halinde olan aile hekimlerinin afetin her döneminde etkin şekilde görev alabilmesi için eğitim almaları ve kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Hekimler için afetle ilgili teorik bilgilerin tıp eğitimi müfredatına eklenmesi ve uygulamalı pratik derslerle desteklenmesi ile bilgi ve pratik beceri eksikliği ez aza indirgenebilir. Asistanlık eğitimi döneminde de benzer şekilde afetlerle ilgili eğitimlerin devam etmesi afet bilincinin devamını sağlayabilir. Mevcut “Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı” içerisinde afet tıbbı ve afet yönetimi ile ilgili herhangi bir madde yer almamaktadır. Yeni hazırlanacak müfredat içine bu konuların eklenmesi yerinde olacaktır. Ayrıca, sağlık bakanlığı ve il sağlık müdürlükleri saha eğitimleri düzenleyerek, yazılı materyaller hazırlayarak ve masa başı veya saha afet tatbikatlarıyla aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerine geniş kapsamlı eğitimler sağlayabilir. Bu eğitimler sertifikasyon programları olarak sunabilir veya sürekli tıp eğitimleri içinde değerlendirebilir.

Aile hekimleri tıp fakültesi dışında da bu konuda uzmanlaşmak için çeşitli sivil toplum kuruluşlarına üye olarak afetlere çok yönlü olarak bakabilirler. Böylece hem birey olarak hem de hekim olarak afetlere hazırlanabilirler. Bu doğrultuda kendilerine bağlı olan nüfusu da gerektiği şekilde bilgilendirebilirler. Bunun sağlanması için de zaman ve emek gereklidir bu yüzden aile hekimleri bu konuda desteklenmeli gereksiz iş yükleri azaltılmalıdır.

Hekimler göreve başlamadan önce çalışacakları yerle ilgili risk değerlendirmesi yapabilir. Böylece hangi tür afetlerin meydana gelmesinin muhtemel olduğunu ve hangi önlemlerin alınması gerektiğini daha iyi anlayabilirler. Hekimlerin etkin şekilde çalışabilmesi için çalıştıkları yerlerin de afetler için donanımlı hale getirilmesi gereklidir. Acil durum anında toplanma bölgesi olarak kullanılabilen bir konumda dayanıklı ve gerekli ekipmanlar bulunmalıdır. Özellikle ASM’lerin yapı güvenliği kontrol ettirilmeli,

olası her türlü afet durumunda bir hareket planı oluşturulmalıdır. Bu afet planı çalışanların ve hastaların zarar görmeden ortamdan uzaklaşmasını, ilk yardım müdahalelerini ve en kısa sürede sağlık hizmetinin normale dönmesini sağlamak amacıyla olmalıdır.

Aile hekimleri çalıştıkları yer için acil durum planları oluşturmalıdır. Böylece kaos ortamı oluşmadan sakin bir müdahale ortamı oluşturulabilir. Bu planlar afet durumlarında nasıl hareket edeceğini, iletişim bilgilerini ve acil durum ekipmanlarını içerebilir. Bunun dışında acil durumlar için iletişim protokolleri belirlenebilir. Hastaları bilgilendirmek diğer sağlık kuruluşlarıyla iletişime geçmek ve acil tıbbi yardım talebi için önemlidir.

Aile hekimleri tarafından afet öncesi ve sonrası bakım planları oluşturulabilir. Bu planlar, afet durumlarında hasta bakımının nasıl yönetileceğini ve hastaların ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağını belirlemelidir.

Aile hekimleri, afetlerle başa çıkma stratejilerini sürekli olarak değerlendirmeli ve iyileştirmelidir. Hekimler afet sonrası gerçekleşen olaylardan ders çıkararak ve sürekli olarak kapasitelerini geliştirerek, gelecekteki afetlerle daha etkin bir şekilde başa çıkabilirler.

8. KAYNAKLAR

1. Memiş L, Babaoğlu C. Acil Durum Ve Afet Yönetiminde Süreç Yaklaşımı Ve Teknoloji. Omer Halisdemir Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2020;13(4).
2. Redwood-Campbell L, Abrahams J. Primary Health Care And Disasters—The Current State Of The Literature: What We Know, Gaps And Next Steps. Prehospital And Disaster Medicine. 2011;26(3):184-91.
3. Willson K, Lim D. Disaster Management In Rural And Remote Primary Healthcare Settings: A Scoping Review Protocol. JBI Evidence Synthesis. 2020;18(1):81-6.
4. YILMAZ, T.E. Sağlıkta Afet Yönetiminde Aile Hekimliği ANKARA 2021
5. Gökçekuş PDH. Doğal Ve İnsan Kaynaklı Afetler, Sonuçları Ve Afet Yönetimi Erişim Adresi: <https://Sivilsavunmagovcttr/Portals/33/Dogal-Ve-Insan-Kaynakli-Felaketler-Sonucular-Ve-Afet-Yonetimipdf> Son İnternet Erişim Tarihi:13/03/2004. 2018 [
6. LA. ÇG. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Cilt II İçinde: Afetler Ve Afet Tıbbı. . Yayınları HÜ, Editor. Ankara2012.
7. AFAD T.C. İçişleri Bakanlığı Afet Ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet Ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Aayts. Erişim Adresi: <https://Afad.Gov.Tr/Aciklamali-Afet-Yonetimi-Terimleri-Sozlugu> Son Erişim Tarihi:15/03/24 [
8. Gazete R. Afet Ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Son Erişim Tarihi:03/03/2023. Resmi Gazete. 2009;5902.
9. AFAD. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet Ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı AT. Erişim Adresi: <https://Www.Afad.Gov.Tr/Afet-Turleri> Son Erişim Tarihi:15/03/24 [
10. KADIOĞLU M. Modern, Bütünleşik Afet Yönetimin Temel İlkeleri. Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri. 2008:1.
11. Yavuz Sari SÖ. Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi İçinde Afet Tıbbı Eğitimi Konusundaki Mevcut Durumun Saptanması Ve Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminde Yer Alması Gereken Afet Tıbbı Konu Başlıklarının Delphi Yöntemi Kullanılarak Belirlenmesi. 2017.
12. KH A. Afet Ve Afet Tıbbı İle İlgili Kavramlar. İçinde: HAMER Acil Ve Afet Durumlarında Sağlık Yönetimi Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2013:13-25.
13. Özüçelik Dn. Uçuş Sirasında Karşılaşılabilecek Medikal Aciller Ve COVID-19 Önlemleri. Journal Of ADEM. 2020;1(2):74-97.
14. Dinçer S, Kumru S. Afet Ve Acil Durumlar İçin Sağlık Personelinin Hazırlıklı Olma Durumu. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;10(1):32-43.
15. Hisar KM, Yurdakul A. Bir Üniversitenin Hemşirelik Öğrencilerinin Afetlerde Sağlık Hizmetleri İle İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;3(2):54-65.
16. Nilgün ULUTAŞDEMİR EÖ. Afetlerde Sağlık Hizmetleri 1. Erişim Adresi: <https://Iksadyayinevi.Com/Wp-Content/Uploads/2023/12/AFETLERDE-SAGLIK-HIZMETLERI-I.Pdf> Son Erişim Tarihi:17/03/2024: Iksad Publishing House2023; 2023.
17. Güler Ç, Çobanoğlu Z. AFETLERDE ÇEVRE SAĞLIĞI ÖNLEMLERİ: Barok Ofset Ltd. Şti.; 1997.
18. Dedeoğlu N. Depremlerde Sağlık Hizmetleri. Maya Matbaacılık, Ankara. 1987.

35. Yiğit E, Boz G, Gökçe A, Özer A, Editors. Tıp Ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Afet Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları. 3 International 21 National Public Health Congress; 2019.
36. Özşahin E, Kaymaz Ç. Afet Kültürünün Değerlendirilmesine Bir Örnek: Antakya Şehri. Türkiye Deprem Mühendisliği Ve Sismoloji Konferansı. 2013:25-7.
37. Taşkıran G, Baykal Ü. Hemşirelerin Afetlere İlişkin Görüşleri Deneyimleri Ve Hazırlık Algisi Nurses'opinions Experiences And Preparedness Perceptions Related To Disasters. International Refereed Journal Of Nursing Researches. 2017:36.
38. İnal E, Kocagöz S, Turan M. Temel Afet Bilinç Ve Hazırlık Düzeyinin Saptanmasına Yönelik Bir Araştırma. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2012.
39. Arslan E. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Afet-Acil Durumlar Hakkında Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Edirne. 2016.
40. Tan YF, Acımuş NM. Denizli 112'de Çalışan Sağlık Personelinin Afete Hazırlık Durumlarının Değerlendirilmesi. Pamukkale Medical Journal. 2022;15(1):107-15.
41. Kocaman Y. 112'de Çalışan Personelin Afete Hazırlık Düzeyinin İncelenmesi: Gümüşhane İli Örneği: Gümüşhane Üniversitesi; 2019.
42. Özdemir A. Toplumun Afet Risk Algısı Ve Afete Hazırlıklı Olma Durumu: Kocaeli İli Örneği: Gümüşhane Üniversitesi; 2018.
43. ERTUĞRUL B, ÜNAL SD. Bir Vakıf Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Genel Afete Hazırlıklı Olma İnanç Durumlarının Belirlenmesi. Afet Ve Risk Dergisi. 2020;3(1):31-45.
44. Ying W, Yu L, Mingfeng Y, Hui W, Chaohua P, Zhang P, Et Al. Disaster Preparedness Among Nurses In China: A Cross-Sectional Study. Journal Of Nursing Research. 2023;31(1):E255.
45. İnal E, Altıntaş KH, Doğan N. General Disaster Preparedness Beliefs And Related Sociodemographic Characteristics: The Example Of Yalova University, Turkey. Turkish Journal Of Public Health. 2019;17(1):1-15.
46. Pehlivan E. Devlet Hava Meydanları İşletmesi Bünyesinde Çalışan Personellerin Genel Afete Hazırlıklı Olma İnanç Durumlarının Belirlenmesi (Bingöl Havalimanı Örneği): Sosyal Bilimler Enstitüsü.
47. Aktay H. Öğretmenlerin Sağlık İnanç Modeline Dayalı Genel Afete Hazırlık İnanç Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi: Burdur Örneği: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022.
48. Çelik AA. İlkokul Öğretmenlerinin Afete Hazırlık Düzeyleri İle Afet Eğitiminin Eğitim Programlarındaki Yeri Yönelik Görüşleri: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.
49. Atalay GA, Çakır Ö. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Afetlerde Zarar Görebilirliği. Hastane Öncesi Dergisi. 2021;6(2):243-61.
50. Özen B. Malatya Kent Merkezindeki Farklı İki Lisede Öğrencilerin Afet Bilinç Düzeylerinin Ölçülmesi. Measurement Of Disaster Consciousness Levels Of Students In TWO Different High Schools In Malatya City Center](Thesis No 637063)[Master Thesis], İnönü University. 2020.
51. Karancı AN, Aksit B, Dirik G. Impact Of A Community Disaster Awareness Training Program In Turkey: Does It Influence Hazard-Related Cognitions And Preparedness Behaviors. Social Behavior And Personality: An International Journal. 2005;33(3):243-58.

52. Altıntaş Çolak B. Ankara İli Altındağ İlçesinde İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin Afete Bireysel Hazırlık Düzeylerinin Genel Afete Hazırlık İnancı Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

EK 1. Çalışmada Kullanılan Anket Form

Aile Hekimliği Araştırma Görevlilerinin Afet Yönetimindeki Rollerine İlişkin Farkındalıkları ve Afetlere Hazırbulunuşlukları

Sayın Katılımcı,

Aşağıda size yönlendirilen sorular etik kurul onaylı bir tez çalışması kapsamında; ‘Aile Hekimliği Araştırma Görevlilerinin Afet Yönetimindeki Rollerine İlişkin Farkındalıkları Ve Afetlere Hazırbulunuşlukları’ konusunu araştırmak amacı ile hazırlanmıştır. Ankette isminiz yer almayacaktır ve tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Soruları size uygun yanıtları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: [] Kadın [] Erkek

3. Unvan: [] AHU [] SAHU

4. Eğitim aldığınız kurumu işaretleyiniz.

[] Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

[] Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

[] Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

[] Konya Şehir Hastanesi

5. Meslekte geçirilen süre(Ay)

6. Aşağıdakilerden hangisi/hangileri doğal afettir?

[] Kasırga

[] Kitleli Kayıplara Yol Açan Ulaşım Kazaları

[] Bombalama

[] Sıcak veya Soğuk Hava Dalgası

[] Biyolojik Saldırıları

[] Volkanik Patlama

[] Sel

[] Yangın

[] Salgın

[] Deprem

[] Terör Olayları (Hedef Grubunda Toplum Olanlar)

[] Kimyasal Ajanların Kullanıldığı Silahlar

[] Tehlikeli Madde Salınımına Yol Açan Ulaşım Kazaları

7. Daha önce afete maruz kaldınız mı?

[] Evet

[] Hayır

8. Cevabınız evet ise maruz kaldığınız afet türünü belirtiniz.

9. Daha önce bir afet planlamasına katıldınız mı?

[] Evet

[] Hayır

[] Hatırlamıyorum

10. Daha önce bir afet tatbikatına katıldınız mı?

- Evet Hayır Hatırlamıyorum
- 11. Bir afet sırasında görevli hekim olarak çalıştınız mı?**
 Evet Hayır Hatırlamıyorum
- 12. Bir afet sırasında gönüllü olarak çalıştınız mı?**
 Evet Hayır Hatırlamıyorum
- 13. Bir afet durumunda gönüllü olarak çalışmak ister misiniz?**
 Evet Hayır Emin değilim
- 14. Afetlerle mücadele eden bir kuruma üye misiniz?**
 Evet Hayır Hatırlamıyorum
- 15. Afet tıbbı hakkında bir eğitim aldınız mı?**
 Evet Hayır Hatırlamıyorum
- 16. Afet tıbbi hakkında eğitim almak ister misiniz?**
 Evet Hayır Emin değilim
- 17. Afet haberlerini takip ediyor musunuz?**
 Evet Hayır
- 18. Evinizde afet çantası bulunduruyor musunuz?**
 Evet Hayır
- 19. Olası bir afete yönelik halihazırda çalıştığınız (eğitim aldığınız) kurumun afet planı var mı?**
 Evet Hayır Bilmiyorum
- 20. Afetlere yönelik sigorta yaptırdınız mı?**
 Evet Hayır Hatırlamıyorum
- 21. Yaşadığınız yerin hangi doğal afetler yönünden risk altında olduğunu biliyor musunuz?**
 Evet Hayır
- 22. Uzman olarak çalışacağınız yeri seçerken bölgenin doğal afetler yönünden risklerini göz önünde bulundurur musunuz?**
 Evet Hayır Kararsızım
- 23. Herhangi bir afet durumunda toplanma bölgesinin yerini biliyor musunuz?**
 Evet Hayır
- 24. Bir hekim olarak afetlere karşı hazırlıklı olma durumunuzu derecelendiriniz.**
1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Hazır değilim Tamamen hazırım
- 25. Size göre aile hekiminin afetlerde bir rolü olmalı mı?**
 Evet Hayır Emin değilim
- 26. Sizce afetlerde aile hekimlerinin rolü ne olmalı?**

A) Afetten önce

- 1.
- 2.
- 3.

B) Afet sırasında

- 1.
- 2.
- 3.

C) Afetten sonra

- 1.
- 2.
- 3.

Genel Afetlere Hazırlık İnanç Ölçeği		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1*	Mahalleimde yaşayanlarla birlikte Acil durumlar/Afetler ile ilgili tahliye planı oluşturamam.					
2	Temel ilk yardım uygulayabilirim.					
3	Yangın çıkmasına neden olacak tehlikeleri belirleyebilirim.					
4*	Basit düzeyde olsa dahi arama-kurtarma yapamam.					
5	Evde sabitlenmesi gereken eşyaları sabitleyebilirim.					
6	Acil durum/afet sonrası ihtiyacım olursa psikolojik destek almak için gerekli hizmete erişebilirim.					
7*	Yangın söndürme cihazını kullanamam.					
8	Depremden korunmak için yaşadığım evde/binada güvenli yer belirleyebilirim.					
9	Acil durum/Afet konusundaki politikalar beni Acil Durumlar/Afetler konusunda hazırlıklı olmaya teşvik ederler.					
10	Arkadaşlarım Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni aydınlatırlar.					
11*	Kitapçıklar, gazeteler, broşürler beni yeterince bilgilendirmezler.					
12	Fikirlerine önem verdiğim insanlar acil durumlara /afetlere hazırlıklı olma konusunda beni yönlendirirler.					
13*	Aile üyelerim Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmanın gerekliliği konusunda beni bilgilendirmezler.					
14*	Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta acil durum/afet çantası hazırlamayı önemsemem.					
15	Yaşamımın herhangi bir döneminde Acil durum/Afet yaşayacağımı göz önünde bulundururum.					
16	Acil durumlara/Afetlere hazırlıkta bina dayanıklılığını artırmak benim için önemlidir.					

17	Önümüzdeki birkaç yıl içinde Acil durum/Afet yaşama ihtimalim çok yüksektir.					
18*	Evdeki sabitlenebilecek eşyaları sabitlemeyi gereksiz buluyorum.					
19	Yakın çevrem ile acil durumlarda/afetlerde gerekli acil iletişim numaraları hakkında konuşurum.					
20*	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak çok fazla zamanımı alır.					
21*	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmaktan çok daha önemli sorumluluklarım var.					
22*	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak için yeterli bilgim yok.					
23*	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak için yeterli param yok.					
24*	Kaderimde Acil durumlarda/Afetlerde ölmek varsa ölürüm					
25*	Aile için afet planının anlaşılması zordur.					
26	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmam aile bireylerimi de koruyacaktır.					
27	Acil durumlara/Afetlere hazırlık yapmak acil durumlarda/afetlerde ihtiyaçlarıma karşılık verecektir.					
28	Acil durumlara/Afetlere bireysel hazırlık yapmak acil durumlar/afetler sonrası ölüm riskini azaltabilir.					
29*	Acil durum/Afet yaşarsam hayatımda hiçbir şey değişmeyecek.					
30	Acil durumlar/Afetler sonucunda ölmekten korkarım.					
31	Acil durum/Afet yaşama ihtimalini düşünmek beni korkutur					

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.