

**T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**BALIKESİR 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ
İSTASYONLARINDA ÇALIŞAN PERSONELİN
AFETE HAZIR OLMA DURUMU VE HAZIRLIK ALGISI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Okan ASLANTAŞ

**ÇANAKKALE
Temmuz, 2019**

T.C.
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı
Afet Eğitimi ve Yönetimi Bilim Dalı

Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri
İstasyonlarında Çalışan Personelin
Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı

Okan ASLANTAŞ
(Yüksek Lisans Tezi)

Danışman
Doç. Dr. Mesut TABUK

Çanakkale
Temmuz, 2019

Taahhütname

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personelin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve değerlere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

25/07/2019

Okan ASLANTAŞ






Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Onay

Okan ASLANTAŞ tarafından hazırlanan çalışma, 25/07/2019 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda jüri tarafından başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Referans No : 10270665

Akademik Unvan	Adı SOYADI	İmza	
Dr. Öğr. Üyesi	Mesut TABUK		Danışman
Prof. Dr.	Salih Zeki GENÇ		Üye
Dr. Öğr. Üyesi	Orhan ÇANAKÇI		Üye

Tarih: ...26.07.2019...

İmza: 

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ

Enstitü Müdürü

Önsöz

Aktif fay kuşakları üzerinde yer alan ülkemiz geçmiş ve yakın tarihinde sel, heyelan ve deprem gibi birçok afet olayı ile karşı karşıya kalmıştır. Tüm bu acı deneyimler sonrasında, afetlerden maddi ve manevi yönden en az hasar ile çıkılabilmesi için toplum ve personellerin daha bilinçli ve hazırlıklı olmaya ihtiyacı olduğu görülmüştür. Afetin hazırlık, müdahale ve afet sonrası evrelerinde zincirin önemli bir halkasını oluşturan 112 Acil Sağlık Hizmetleri(ASH) sisteminin kesintisiz ve nitelikli hizmet sağlayabilmesi için görevli personelin afete hazırlık durumları ve hazırlık algılarının belirlenmesinin önemli olacağını ve alanyazına katkı sağlayacağını düşünüyorum.

Tez çalışma sürecimin birçok aşamasında desteğini benden esirgemeyen, akademik bilgi ve deneyimleri ile yoluma ışık tutarak katkıda bulunan değerli danışmanım Sn. Doç. Dr. Mesut TABUK'a teşekkür ederim.

Hayatımın zor ve güzel günlerinde destek, ilgi ve sevgisini daima göstererek yanımda duran sevgili annem Aysel ASLANTAŞ ve babam İsmail ASLANTAŞ'a çok teşekkür ederim. Fikir, yazım, anket uygulaması gibi birçok safhada ve ayrıca gerekli diğer bilgilere erişmem konusunda desteğini hep hissettiğim motivasyon kaynağım canım abim Onur ASLANTAŞ'a çok ederim.

İlgi ve desteği ile beni yalnız bırakmayan değerli dostum Salih KÖSEOĞLU'na, tez verilerinin analizi hususunda yardımını eksik etmeyen değerli dostum Arş. Gör. Ramazan ASLAN'a ve ayrıca bu süreçte danışarak bilgi almış olduğum tüm arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Afetler konusunda daha bilinçli ve hazırlıklı bir gelecek temennisi ile.

Çanakkale, 2019

Okan ASLANTAŞ

Özet

Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personelin

Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı

Bu araştırmanın amacı, Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında(ASHİ) çalışan personelin afete hazır olma durumları ve hazırlık algılarının ne düzeyde olduğunu ve bunları etkileyen faktörleri belirlemektir.

Araştırmanın evrenini Balıkesir ilindeki 47 adet faal 112 ASHİ, 1 adet UMKE istasyonu, 1 adet motorize ekip istasyonu, İl Ambulans Servisi Başhekimliği(İASB) ve Komuta Kontrol Merkezi(KKM)'de çalışan 628 personel oluşturmaktadır. Evren içerisindeki 368 (%59) personel çalışmaya katılım göstermiştir. Araştırmada, nicel araştırma modellerinden tarama modeli ve ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak 16 soruluk “Demografik Veri Formu” ve 20 maddelik “Afete Hazırlık Algısı Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin analizinde bir istatistik paket programı kullanılmıştır. Afete hazırlık algısı üzerinde etkisi olan bağımsız değişkenler ile ölçek puan ortalaması arasındaki kıyaslamalar için parametrik olmayan “Kruskal Wallis H” ve “Mann-Whitney U” testleri uygulanmıştır.

Araştırma bulgularına göre, Balıkesir 112 ASHİ personellerinin cinsiyet, eğitim ve mesleki deneyim durumları afete hazırlık algıları üzerinde anlamlı bir farklılık meydana getirmemiştir. Afet ile ilgili daha önceden herhangi bir göreve, tatbikata katılan veya eğitim alan, ve bu eğitimi hem teorik hem de uygulamalı olarak alan personelin afete hazırlık algısının yüksek olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda personele afetlere hazırlık ve alınmasını gerekli gördükleri afet yönetimi, afet ve kriz durumlarında iletişim gibi konularda eğitim çalışmalarını düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Afete hazırlık, afete hazırlık algısı, acil sağlık hizmetleri

Abstract

Readiness Status and Preparedness Perception to Disaster of Staff

Who Works 112 Emergency Health Services Stations in Balıkesir

The purpose of this study is to determine the level of readiness and preparation at the disaster's various stages of the personnel working at Balıkesir 112 Emergency Health Service Stations and the factors affecting them.

The universe of study consists of 628 personnel working at 47 active 112 ASHİ, 1 UMKE station, 1 motorized team station, head physician of provincial ambulance service and command control center in Balıkesir province. 368 (59%) personnel from inside the universe participated in the study. In study, it was used screening model and relational screening model from quantitative research models. As a data collection tool, "Demographic Data Form" consisting of 16 questions and "The Scale of Disaster Preparedness Perception" consisting of 20 matters were used. At analyze of the datas were used a statistical package program. The nonparametric "Kruskal Wallis H" and "Mann-Whitney U" tests were applied for the comparisons between the independent variables having an effect on the disaster preparedness perception and the scale score mean.

According to the findings of the study, gender, education and professional experience status of Balıkesir 112 ASHİ personnel did not bring about a significant difference on the perceptions of disaster preparedness. It was seen that be high the disaster preparedness perception of personnel who had previously participated in any task, practice or training related to disaster, and who took this training theoretically and practically. In this respect, it may be advisable to organize training activities on disaster management, communication at disaster and crisis situations, which they deem for necessary and preparation to disasters.

Key Words: Disaster preparedness, disaster preparedness perception, emergency health services

İçindekiler

Onay	i
Önsöz.....	ii
Özet	iii
Abstract	iv
Tablolar Listesi.....	viii
Şekiller Listesi.....	xi
Kısaltmalar Listesi.....	xii
Bölüm I: Giriş.....	1
Problem Durumu	1
Problem Cümlesi	2
Alt Problemler	2
Araştırmanın Amacı	3
Araştırmanın Önemi	3
Araştırmanın Sınırlılıkları	4
Araştırmanın Sayıltıları	5
Tanımlar	5
Alanyazın	7
Afet kavramı.	7
Afetlerin sınıflandırılması.....	8
Türkiye'nin afetselliği.	15
Balıkesir ile ilgili genel bilgiler ve ilin afetselliği.	16
Afet yönetimi ve evreleri.	18
Afete hazırlık algısı ve hazırlık çalışmaları.	23
Acil sağlık hizmetleri sisteminin gelişim tarihçesi.	25

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri.....	29
Türkiye’de afetlerde acil sağlık hizmetleri.....	36
Arama kurtarma örgütleri.....	39
İlgili araştırmalar.....	43
Bölüm II: Yöntem.....	46
Araştırmanın Modeli.....	46
Evren ve Örneklem.....	46
Veri Toplama Araçları.....	48
Kişisel Bilgi Formu.....	48
Afete Hazırlık Algısı Ölçeği.....	48
Verilerin Toplanması.....	52
Verilerin Analizi.....	52
Bölüm III: Bulgular.....	54
Personelin Afet Kavramı İle İlgili Görüşüne Dair Bulgular.....	54
Personelin Afet Eğitimi Alma Durumuna Dair Bulgular.....	54
Personelin Afet Durumlarında Görev Alma Durumuna Dair Bulgular.....	55
Personelin Afet Tatbikatında Görev Alma Durumuna Dair Bulgular.....	56
Personelin Afet Öncesi, Sırası ve Sonrası Dönemlerde Kendisinin Rolüne İlişkin Görüşlerine Dair Bulgular.....	56
Personelin Afetlere Daha Hazırlıklı Olmak İçin Alınmasını Gerekli Gördükleri Eğitimlere Dair Bulgular.....	57
Personelin Kendisini Afetlere Karşı Hazırlıklı Görme Düzeyine Dair Bulgular.....	58
Personelin Çalıştıkları İstasyonu Afetlere Karşı Hazırlıklı Görme Düzeyine Dair Bulgular.....	58
Bağımsız Değişkenler ile AHAÖ Puan Ortalamaları Bulgularının Karşılaştırılması.....	59

Bölüm IV: Tartışma, Sonuç ve Öneriler	77
Tartışma.....	77
Personelin kişisel durum değişkeni ile afete hazırlık algısı arasındaki farklılıklar.	77
Personelin mesleki durum değişkeni ile afete hazırlık algısı arasındaki farklılıklar.	78
Personelin afetlere ilişkin görüş, deneyim ve eğitim gereksinimleri ile afete hazırlık algısı arasındaki farklılıklar.	79
Personelin kendi ve istasyonlarının afetlere hazır oluşluluk algısına ilişkin bulguların dağılımı.....	81
Personelin afetlere hazırlık algısına ilişkin bulguların dağılımı.	81
Personelin kendi afetlere hazır oluşluluk algısı ile hazırlık algısı arasındaki ilişki.....	82
Sonuç	83
Öneriler.....	85
Kaynakça.....	86
Ekler	98
Ek A: Anket Formu	99
Ek B: Araştırma Etik Kurul Onay Raporu	103
Ek C: Kurum İzni	104
Ek D: Yazar İzni.....	106
Ek E: Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyon Listesi	107
Özgeçmiş.....	109

Tablolar Listesi

Tablo Numarası	Başlık	Sayfa
1	Türkiye’de Yıllara Göre 112 Acil Yardım Ambulansı Sayısı ile Ambulans Başına Düşen Nüfus ve Vaka Sayısı.....	33
2	Katılımcıların Demografik Özellikleri	47
3	Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Soru Dağılımları.....	49
4	Standart Uyum Ölçüleri ve Araştırmaya İlişkin Uyum Değerleri.....	51
5	Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afetin Tanımına İlişkin Görüşleri İle İlgili Frekans Dağılımı	54
6	Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afet Eğitimi Alma Durumu ile İlgili Frekans Dağılımı	54
7	Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afet ve/veya Olağan Dışı Olayda Görev Alma Durumu ile İlgili Frekans Dağılımı.....	55
8	Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afet Tatbikatı ile İlgili Frekans Dağılımı	56
9	Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afetin Çeşitli Dönemlerinde Kendilerini Görevli Görmeleri ile İlgili Frekans Dağılımı.....	56
10	Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afete Hazırlıklı Olabilmek İçin Alınmasını Gerekli Gördükleri Eğitimler ile İlgili Frekans Dağılımı	57
11	Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Kendilerinin Afete Karşı Hazırlıklı Olma Durumu ile İlgili Frekans Dağılımı.....	58
12	Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Çalıştıkları İstasyonların Afete Karşı Hazırlıklı Olma Durumu ile İlgili Frekans Dağılımı	58
13	Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Puan Skalası	59

14	AHAÖ'nün Alt Boyut Puanlarının Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	59
15	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Cinsiyete” Göre Mann-Whitney U Testi Sonucu.....	60
16	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Eğitim Durumuna” Göre Kruskal-Wallis H Testi Sonucu.....	60
17	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Mesleki Unvan Durumuna” Göre Kruskal-Wallis H Testi Sonucu.....	61
18	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Mesleki Deneyime” Göre Kruskal-Wallis H Testi Sonucu.....	62
19	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet Denildiğinde İlk Çağrışım Yapma Durumuna” Göre Kruskal-Wallis H Testi Sonucu	63
20	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet İle İlgili Herhangi Bir Eğitim Alma Durumuna” Göre Mann-Whitney U Testi Sonucu	64
21	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet İle Nerede Eğitim Aldığına” Göre Custom Tables Sonuçları	65
22	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet Eğitiminin İçeriğine” Göre Mann-Whitney U Testi Sonucu.....	66
23	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet ve/veya Olağan Dışı Durumlarda Görev Alma Durumuna” Göre Mann-Whitney U Testi Sonucu	67
24	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Ne Tür Afet ve/veya Olağan Dışı Durumlarda Görev Alma Durumuna” Göre Custom Tables Sonuçları ..	68
25	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet ve/veya Olağan Dışı Bir Tatbikatta Görev Alma Durumuna” Göre Mann-Whitney U Testi Sonucu...	69

26	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet ve/veya Olağan Dışı Bir Tatbikatta Görev Alma Sayısına” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu.	70
27	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet Öncesi Dönemde Rolü Olma Durumuna” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu.....	71
28	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet Sırasında Rolü Olma Durumuna” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu	72
29	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet Sonrası Dönemde Rolü Olma Durumuna” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu.....	73
30	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afetlere Karşı Kendilerini Hazırlıklı Görme Düzeyine” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu.....	74
31	Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Çalıştıkları İstasyonların Afetlere Karşı Hazırlıklı Olma Durumuna” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu	75
32	Personelin Kendi Afetlere Hazır Oluşluluk Algısı ile Hazırlık Algısı Arasındaki Korelasyon Analizi	82

Şekiller Listesi

Şekil Numarası	Başlık	Sayfa
1	1918-2018 Yılları Arası Türkiye’de Yaşanan Afetlerin Türüne Ve Sayılarına Göre Dağılımı. “Bilgi Kartı Sayısına Göre Raporlar”	9
2	Türkiye Deprem Tehlike Haritası	10
3	2008-2017 Yılları Arasında Türkiye’de Yaşanan Trafik Kaza İstatistikleri	13
4	Balıkesir İli Deprem Haritası	18
5	Afet Yönetim Evreleri	19
6	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yönetim ve Organizasyon Şeması.....	30
7	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Taşra Yapılanması.....	31
8	Acil Sağlık Hizmetleri Bölgeleri	37
9	Tekrar Edilen Afete Hazırlık Algısı Ölçeğinin DFA Diyagramı.....	50

Kısaltmalar Listesi

AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACSU	: Bilgisayar Bilimleri Mezunları Derneği
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
AHAÖ	: Afete Hazırlık Algısı Ölçeği
AKUT	: Arama Kurtarma Derneği
ASH	: Acil Sağlık Hizmetleri
ASHGM	: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
ASHİ	: Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu
ASHY	: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
ASS	: Acil Sağlık Sistemi
ASTM	: Amerikan Test ve Malzeme Derneği
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
AYAY	: Acil Yardım ve Afet Yönetimi
BÇŞİM	: Balıkesir Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü
BM	: Birleşmiş Milletler
CRED	: Afet Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi
df	: Serbestlik Derecesi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DHS	: Amerika Birleşik Devletleri İç Güvenlik Bakanlığı
EGM	: Emniyet Genel Müdürlüğü
EM-DAT	: Uluslararası Acil Durum Veri Tabanı
EMSA	: California Acil Sağlık Hizmetleri Kurumu
FEMA	: Federal Acil Durum Yönetim Kurumu
GDACS	: Küresel Afet Alarm ve Koordinasyon Sistemi
GEA	: (Toprak Ana) Arama Kurtarma Ekibi
INSARAG	: Uluslararası Arama Kurtarma Danışma Grubu
İASB	: İl Ambulans Servisi Başhekimliği
İSM	: İl Sağlık Müdürlüğü
İTÜAFYM	: İstanbul Teknik Üniversitesi Afet Yönetimi Merkezi
KAFZ	: Kuzey Anadolu Fay Zonu

KBRN	: Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif ve Nükleer
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
NASAR	: Ulusal Arama ve Kurtarma Birliği
NFPA	: Ulusal Yangından Korunma Kurumu
NNE-SSW	: North-northeast-South-southwest
OCHA	: Birleşmiş Milletler İnsani İşler Koordinasyon Ofisi
SAGM	: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
SB	: Sağlık Bakanlığı
Sd	: Serbestlik Derecesi
SRT	: Japonya Özel Kurtarma Ekibi
Ss	: Standart Sapma
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
SYO	: Sağlık Yüksek Okulu
TABB	: Türkiye Afet Bilgi Bankası
TAG	: Toplum Afet Gönüllüsü
TMMOB	: Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği
TSHGM	: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UMKE	: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
UNISDR	: Birleşmiş Milletler Afet Riskini Azaltma Ofisi
UNOSAT	: UNITAR Operasyonel Uydu Uygulamaları Programı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

Bölüm I: Giriş

Problem Durumu

Afet öncesi, sırası ve sonrasında hastalara, yaralılara ve afetzedelere hastane öncesi ASH ekiplerinin müdahale etmesi hayati öneme sahiptir. Hastane öncesi ASH sağlayan ambulans ve ambulans personelinin yeterli donanım ile birlikte hasta, yaralı ve afetzedelere olay yerinde hızlı bir şekilde müdahale ederek transferinin sağlanması hem hastanın hayatını kurtaracak hem de ASH'nin işlerliğini arttıracaktır. Normal süreç içerisinde sorunsuz işleyen ASH, afet zamanlarında işlerliğini kaybedebilmektedir. Bu sorun, afet durumlarında personelin hazırlıksız olması ve ASH yönetim planının olmaması gibi sebepler sonucunda meydana gelebilmektedir. Ülke içerisinde son zamanlarda ASH'ye verilen önem artmış durumdadır. Bu anlamda sağlıkta dönüşüm programları oluşturulmuştur. Fiziki ve beşeri destekler sayesinde 112 ASH'de meydana gelen gelişmeler ile birlikte çeşitli faydalar görülmüştür. Bu faydaların yanı sıra bir takım problemlerde kısa süre içerisinde kendini göstermiştir. Sürecin hızlı gelişmesi yönetim süreçlerinin gerektiği gibi uygulanamaması, aksak idare ve organizasyon, denetimsiz büyüme gibi olumsuz sonuçları da beraberinde getirmektedir.

İASB afet durumlarında uygulanacak planlar hazırlamalıdır. Hazırlanan planların durumun mevcudiyetine göre güncellenmesi ve kontrolü sağlanmalıdır. Bu planlar çerçevesinde personellere eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yaptırılmalıdır. Personeli gerçek bir afet durumuna hazır hâle getirmeye çalışılmalıdır. Personelin bu eğitim ve tatbikatlara katılması zorunlu tutulmalıdır.

Herhangi bir afet veya acil durum vakasında hasta/yaralıların ilk müdahalesini gerçekleştirmek üzere bölgeye ulaşan, hastane öncesi Acil Sağlık Hizmetleri personelleridir. Bu ilk tıbbi müdahaleyi sağlayacak olan sağlık personellerinin afetlere karşı nasıl iyi

eğitilebileceği, hazır olma durumları ve hazırlık algılarının nasıl arttırılabileceği problem durumunu oluşturmaktadır.

Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesi; “Balıkesir 112 ASHİ’de Çalışan Personelin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algı Düzeylerinin Belirlenmesi ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi” olarak belirlenmiştir. Bu problem cümlesi araştırma zeminini oluşturmuştur.

Alt Problemler

1. Personelin afet kavramı ile ilgili görüşü nedir?
2. Personelin afet eğitimi alma durumları nedir?
3. Personelin afet durumlarında görev alma durumu nedir?
4. Personelin afet tatbikatında görev alma durumu nedir?
5. Personelin afet öncesi, sırası ve sonrası dönemlerde kendisinin rolü olup olmadığına dair görüşü nedir?
6. Personelin afetlere daha hazırlıklı olmak için alınmasını gerekli gördükleri eğitimler nelerdir?
7. Personelin kendisini afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyi nedir?
8. Personelin çalıştıkları istasyonu afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyi nedir?
9. Personelin afete hazırlık algısı ve hazırlık durumları;
 - a. Cinsiyete,
 - b. Eğitim durumuna,
 - c. Mesleki unvan durumuna,
 - d. Mesleki deneyime,
 - e. Afet ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumuna,
 - f. Afet ve/veya olağan dışı durumlarda görev alma durumuna,

- g. Afet ve/veya olağan dışı bir tatbikatta görev alma durumuna,
 - h. Afet öncesi, sırası ve sonrası dönemde rolü olma durumuna,
 - i. Afetlere karşı kendilerini hazırlıklı görme düzeyine,
 - j. Çalıştıkları istasyonların afetlere karşı hazırlıklı olma durumuna,
- göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmakta mıdır?

Araştırmanın Amacı

Afetler insanlar üzerinde fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik anlamda birbirinden farklı yıkımlara sebep olan, yerel kapasitenin müdahale etme gücünü etkisiz kılan ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan olaylardır. Afetlerin hazırlık, müdahale ve iyileştirme çalışmalarında 112 ASHİ’de çalışan personellerin önemi oldukça büyüktür. Bu bağlamda araştırmanın amacı, afet ve acil durum olaylarında topluma destek ve hizmet sağlama açısından yeterli bilgi ve donanıma sahip olması gereken bu personelin, afetlere karşı ne kadar hazır olduklarını ve algı düzeylerini belirlemektir. Ayrıca bu çalışmada personelin afete hazırlık algı düzeyi üzerinde etkiye sahip olan değişkenleri belirleyerek, bu değişkenler ile afete hazırlık algı düzeyi arasındaki ilişkinin tespit edilmesi hedeflenmiştir. Araştırma sonunda elde edilen veriler ışığında alanyazına katkı sağlamak, personelin afete hazırlık durum ve algısını arttırarak eğitilmiş ve hazırlıklı personelin yetişmesi konusunda önerilerde bulunmak da diğer hedeflerdir.

Araştırmanın Önemi

Afet; toplumun günlük hayatında önemli aksaklıklara sebep olan, büyük maddi, çevresel, ekonomik ve hayati kayıplara yol açan, toplumun kendi imkânları ile mücadele etme kapasitesinin üzerine çıkan olay veya olaylar dizisidir. Acil durum ise salgın, doğal, teknolojik ve insan kaynaklı afetler veya anlaşmazlıklar sonucunda, acil müdahale gerektiren ani olaylardır (WHO, 2007). Yıllarca afetler ile mücadelede sadece belirli insani yardım ve arama kurtarma teşkilatının rolü olduğu düşünülmüştür. Fakat son zamanlarda afet veya acil

durum olaylarından zarar gören insanların sayısı ve sağlık problemlerinin artmasıyla birlikte, afetlerin bir halk sağlığı problemi olduğu gerçeği ve önemi daha iyi anlaşılmıştır (Noji, 2005). Ülkemizde on binlerce kişinin zarar görüp yaralandığı, binlerce kişinin ise hayatını kaybettiği 1999 Marmara Depremi, afet farkındalığının oluşması hususunda önemli bir kilit noktadır (Aker, 2006).

ASH personelleri afet mağdurlarına tıbbi hizmet vermekle yükümlüdür (Reilly, Markenson ve DiMaggio, 2007). Afet durumlarında, sağlık hizmetleri konusunda birçok alanda hizmet verilebilir. Buna dayanarak, afetin her döneminde hizmet verebilecek personelin eğitime tabi tutulması zorunludur (Furbee, Coben, Smyth ve Manley, 2006). Düzenli ve iyi eğitimler ile desteklenmiş bir acil sağlık sistemi (ASS), afetlerdeki başarılı dönütün en dikkate değer unsurlarından birisidir (Reilly ve ark., 2007).

112 ASH sağlık personeli afet ve acil durum vakalarında birçok hasta/yaralıya hizmet veren önemli bir pozisyonda çalışacağı için bu personelin afete hazırlık durum ve algılarının belirlenmesi; afet öncesi, sırası ve sonrasındaki çalışmaların etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi, ayrıca gerekli eğitim ve tatbikat planlarının yapılması hususunda önem arz etmektedir.

Literatür tarandığında 112 ASH sağlık çalışanlarının afetlere karşı hazır olma durumları ve hazırlık algı düzeyleri ile ilgili gerçekleştirilmiş olan çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu çalışma ile 112 ASH sağlık çalışanlarının afete hazır olma durumları ve hazırlık algı düzeyleri belirlenerek bu alanda gerçekleştirilecek birçok yeni araştırmaya kaynaklık edileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Çalışma, Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü(İSM)'ne bağlı ve faal durumdaki 112 ASHİ ile sınırlıdır.

2. Çalışma, Ağustos-Eylül 2018 tarihi aralığında 112 ASHİ'de görev yapan personellerden elde edilen veriler ile sınırlıdır.
3. Çalışma, personellerin gönüllüğü ve afete hazır olma durumları ve hazırlık algıları ile sınırlıdır.
4. Çalışma, veri toplamak amacı ile kullanılan kişisel bilgi formu ve ölçek maddeleri sınırlıdır.

Araştırmanın Sayıtları

1. Araştırmaya katılan 112 ASHİ personellerinin, kişisel bilgi formu ve ölçek maddelerinin tamamını okuyarak ve anlayarak cevaplandıkları varsayılmaktadır.
2. Araştırmaya katılan 112 ASHİ personellerinin, gerçek duygu ve düşüncelerini katarak soruları yanıtladıkları varsayılmaktadır.

Tanımlar

Afet: “İnsanlar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları etkileyen ve etkilenen topluluğun kendi imkân ve kaynaklarını kullanarak üstesinden gelemeyeceği, doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylara denilmektedir” (Ergünay, 2002, s.1472).

Acil Durum: “Hayati tehlike doğuran ve büyük mal kayıplarına yol açabilecek, hızlı ve özel müdahaleyi gerektiren beklenmedik olaylardır. Çok taraflı trafik kazaları, birçok evin veya iş yerinin tehdit altında olduğu yangınlar gibi” (Akyel, 2005, s.16). Bölgenin ve ülkenin kendi başına üstesinden gelebileceği olaylar olarak da adlandırılmaktadır.

Risk: “Doğal tehlikeler ve zarar görülebilirlik arasındaki etkileşimden kaynaklanan zararlar ve beklenen kayıpların olasılığıdır” (Demirkasımoğlu, 2015)

Tehlike: Topluma veya çevreye zarar verme potansiyeli olan bir durum (Drabek, 1996)

Afet Yönetimi: İnsanların yaşam alanlarında ortaya çıkan doğal olayların farkında olmaları, bunları sebepleri ile ayrıntılı olarak şekilde tanımaları ve bu vakaların yinelenmesi halinde bunlardan olabildiğince az ya da hiç etkilenmemelerine imkân veren çalışmaların bütününe “Afet Yönetimi” ismi verilmektedir (Kadıoğlu, 2008).

Modern Afet Yönetimi: “Kayıp ve hasarların azaltılması, hazırlık, tahmin ve erken uyarı, afetin doğurabileceği tehlikeleri sezmek gibi afet öncesi tedbirlere yönelik faaliyetler ‘Risk Yönetimi’; etki analizi, müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılan gibi afet sonrası sürdürülecek faaliyetler ise ‘Kriz Yönetimi’ olarak kabul görmektedir” (Kadıoğlu, 2008, s.3).

Algı: “Bir şeye dikkati yönelterek, duyular yoluyla o şeyin bilincine varma. Bir nesne duyular aracılığıyla algılanır, ancak algı duyusal izlenimlerden daha fazla bir şeydir, bilinçli bir farkına varmadır, duyumları bilince ileten bir olaydır” (Felsefe Terimler Sözlüğü, 1975).

Hazırlık algısı ifadesi yukarıdaki algı teriminden yola çıkarak cevaplanabilir. Hazırlık algısı, bireylerin bir duruma kendilerini ne derecede hazır hissettiklerini belirten bir ifadedir.

Afete Hazırlık: Aktif bir destek sağlanması için emniyetli bir alanda; ekipman, personel, maddiyat ve diğer gerekli olan ihtiyaçların organize şekilde eyleme geçirilmesine imkân tanıyacak önlemleri almaktır (Adıgüzel, 2010)

Hizmet İçi Eğitim: “Kişiye işi ile kesin hukuki ilişkisinin kurulduğu tarihten, işten ayrıldığı tarihe kadar geçen süre içinde, işin gerektirdiği performans düzeyine ulaşması için gereken bilgi, beceri ve davranışların sistemli bir şekilde öğretilmesidir” (Can, Akgün ve Kavuncubaşı, 1995, s.195).

Acil Sağlık Sistemi (ASS): Hasta ve yaralılara en kısa süreç içerisinde ulaşım acil bakım hizmeti sunmak için personel ve departmanların koordineli bir şekilde işlemlerini sağlayan sistemdir (Toker ve Küçükylmaz, 2001).

Alanyazın

Afet kavramı. Literatürde tanımına ulaşılması en zor olan kavramlardan bir tanesi afettir. Afetleri tanımlamak için birçok girişim vardır fakat bunlar ya çok dar ya da çok geniş anlamlı olma problemi ile karşılaşmaktadır (Songer, 1999). Afet; bir topluluk veya toplumun düzenini önemli derecede bozan ve malzeme, insan, iktisadi ya da çevresel kayıplara yol açan, bir topluluk ya da toplumun elindeki imkânları kullanarak mücadele edebilme yeteneğini aşan ani, feci bir olaydır (IFRC, 2017). Uluslararası Acil Durum Veri Tabanı (EM-DAT)'na göre; Yerel kapasiteyi aşan, ulusal ya da uluslararası düzeyde bir dış yardıma ihtiyaç duyulan, büyük hasarlara, yıkımlara ve insani acılara sebep olan öngörülemeyen, ani bir durum veya olaydır (EMDAT, 2017).

Afet kavramını genel olarak tanımlamak istersek; birden çok kurum ve kuruluşun birlikte işbirliği içerisinde faaliyetlerini sürdürdüğü ve insan hakları bakımından toplumsal, fiziksel ve maddi zayıflar oluşturan, gündelik yaşantıyı ve insan faaliyetlerini aksatarak ya da tamamen durdurarak, insan topluluklarına veya toplumlarına tesir eden insan, doğal veya teknolojik kaynaklı olayları ifade etmektedir (Özbayram, 2018). “Bir olayın afet olarak nitelendirilebilmesi için can, mal ve insan kaybına sebep olması gerekmektedir” (Erkal ve Değerliyurt, 2009).

Afet ile ilgili birçok farklı tanım yapılmış olmasına rağmen bir olayın afet niteliği kazanabilmesi için bazı kriterler belirlenmiştir. Bu hususta EM-DAT'ın verileri kullanılacaktır. EM-DAT, 1988 yılında Afet Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (CRED) tarafından ve çeşitli kurumların destekleri ile kurulmuştur. 1900'den günümüze kadar meydana gelen dünya çapındaki 14.000'i aşkın doğal ve 8.400'ü aşkın teknolojik afetin oluşumu ve etkisi hakkında temel bilgileri sağlayabilen bir dünya veri tabanına sahiptir (Guha-Sapir, Hoyois, Wallemacq ve Below, 2016). EM-DAT tüm kıtalar üzerinde aşağıdaki kriterlere göre afetler ile ilgili bilgi toplamaktadır (Kocur-Bera, 2018);

- ✓ 10 veya daha fazla sayıda insanın ölmesi,
- ✓ 100 veya daha fazla sayıda insanın yaralanmış olması,
- ✓ Ülkenin olağanüstü hal ilan etmesi,
- ✓ Ülkenin uluslararası yardım çağrısında bulunması.

Afetlerin sınıflandırılması. Afetlerin sınıflandırılması konusunda çeşitli görüşler mevcuttur. Afet sınıflandırmaları genellikle yapay olmasına rağmen bu sınıflandırma genellikle “doğal” ve “insan kaynaklı” olarak yapılmaktadır (Redmond, 2005). Bu araştırmamızda afetler kökenlerine göre doğal ve insan kaynaklı afetler şeklinde iki grupta incelenecektir.

Doğal afetler. Afet çeşitleri arasında en sık karşılaşılan tür doğal afetlerdir. Doğal afetlerden en çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler etkilenmektedir. Genel olarak; ansızın ya da belirli bir zaman içerisinde oluşan; üretim, altyapı, haberleşme ve ulaşım gibi günlük yaşamın vazgeçilmez araçlarını olumsuz etkileyen doğal yer ve hava hareketleridir (Güler, 2012).

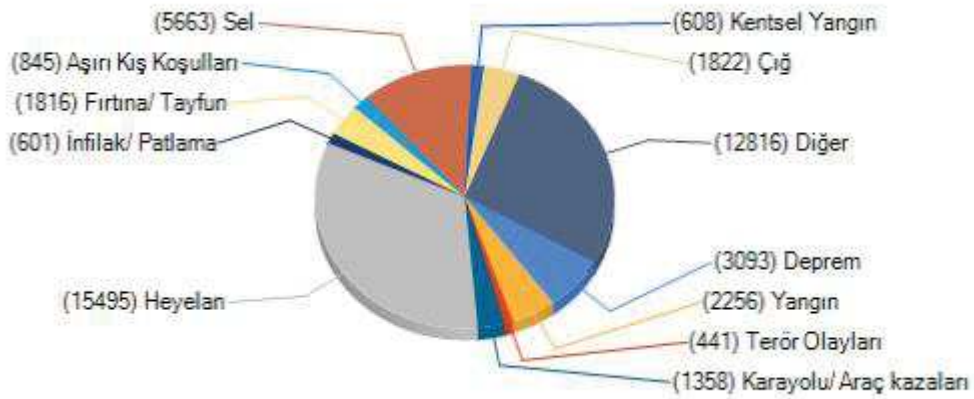
Keleş ise doğal afetleri “yerel toplulukların genel yaşamını etkileyen, aksatan, bozan yer sarsıntısı, yangın, su baskını, yer kayması, çığ ve kaya düşmesi gibi doğa olayları” olarak tanımlamıştır (Keleş, 2008, s.669).

Doğal afetler kaynakları bakımından iki kısımda ele alınmaktadır. Jeolojik kaynaklı afetler; deprem, heyelan, tsunami, taşkın ve volkan olarak kabul edilmektedir. Atmosferik (meteorolojik) kaynaklı afetler; kar, yangın, sis, yıldırım fırtınalar ve buz olarak kabul edilmektedir (Akyel, 2007). Doğal afetleri genel olarak şu şekilde sınıflandırabiliriz;

- | | |
|--------------------|---------------------|
| ✓ Deprem | ✓ Salgın |
| ✓ Volkan Patlaması | ✓ Kütle Hareketleri |
| ✓ Tsunami | ✓ Kuraklık |
| ✓ Heyelan | ✓ Kasırga |

Jeolojik kaynaklı doğal afetler.

▪ Deprem: Yaygın insan, araç-gereç, ekonomik ya da çevresel kayıplar ve etkiler dahil bir topluluk veya toplumun işleyişinin ciddi bir şekilde bozulmasıdır. Ayrıca etkilenmiş olan topluluk ya da toplumun kendi kaynaklarını kullanarak bu olay ile baş edebilme yeteneğinin aşılması durumunu ifade etmektedir (UNISDR, 2009). Deprem, yer kabuğundaki tektonik levhaların ani hareketinden dolayı oluşan büyük doğal afetlerdir. Depremler çoğunlukla tahmin edilemezdir ve herhangi bir karasal bölgede meydana gelebilir. Ayrıca ciddi yıkımlara yol açarak birkaç saniye içerisinde ülke ve kıtaların ötesine, birkaç mil uzağa ulaşabilir (Zafar ve Hamra, 2017). Ayrıca depremler meydana geliş sebepleri açısından; volkanik, tektonik ve çökme olarak üç sınıfa ayrılmaktadır (Yıldız, 2014).



Şekil 1. 1918-2018 Yılları Arası Türkiye’de Yaşanan Afetlerin Türüne Ve Sayılarına Göre Dağılımı. “Bilgi Kartı Sayısına Göre Raporlar” (TABB, 2018).

Türkiye Afet Bilgi Bankası (TABB) verileri incelendiği zaman son yüz yıl içerisinde en fazla maruz kaldığımız afet türünün ilki heyelan, ikincisi diğer, üçüncüsü ise sel olarak karşımıza çıkmaktadır (Şekil 1).



Şekil 2. Türkiye Deprem Tehlike Haritası (AFAD, 2019b).

- **Volkan Patlaması:** Volkan veya yanardağ, dünyanın iç tabakalarında yüksek sıcaklık ve basınç sonucunda erimiş durumda olan magmanın (kayaların), yer yüzeyine çıkarak oluşturduğu koni biçimindeki coğrafi yer şekilleridir. Yanardağlar iki şekilde değerlendirilmektedir; aktif olan veya uyuyan (aktif olmayan) yanardağlardır (Karaman, 2016).

“Volkanik patlama, etkin volkanların civarında magmanın yüzeye çıkması sonrası ve sonrasında meydana gelen patlamadır” (AFAD, 2014).

Volkan patlamaları hem uzun süreli çevresel hasarlara hem de ani halk sağlığı problemlerine sebep olur. Püsküren volkanik dağlardan akan lavlar, uçuşan kül ve gazlar yayılmaları sonucunda şehirleri yok edebilmiştir. Bu gibi sebeplerden dolayı kilometrelerce kareyi kapsayan bölgedeki birçok habitat yok olma tehlikesindedir. Ayrıca volkanik dağ patlamalarında ölüm sayısı değişkenlik göstermektedir. Tıbbi gereksinim ihtiyacı da değişiklik gösterir. Birçok afet türünde olduğu gibi yanardağ patlamaları sonrasında da salgın

riski vardır. Gıda kıtlığı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkar. Kitlesel göç hareketleri, yanardağ patlamalarının önemli sonuçları arasında yer almaktadır (Güler ve Çobanoğlu, 1994).

- Tsunami: Japonca kökenli bir kelimedir. Bu kelime kökeni itibari ile liman dalgası anlamına gelmektedir. Okyanus ya da deniz tabanlarında meydana gelen meteor çarpması, deprem, volkan patlaması, düşey yer değiştirmeler veya büyük heyelanların yol açtığı tektonik olaylar sonucunda oluşan dalgalar veya dev dalgadır. Bu dalgalar hızları ve yükseklikleri sahile yaklaştıkça artmaktadır. Bu nedenle kıyılara vurduklarında büyük can kayıpları ve yıkımlara yol açarak afete dönüşebilmektedir (AFAD, 2014).

Türkiye çevresinde denizler ile ilgili çeşitli bilimsel araştırmalar yapılmaktadır. Bu araştırmalar sonucunda son 3000 yıl incelendiğinde kayıt altına alınmış 90 adet tsunami olduğu görülmektedir. Bu tsunami olayları çoğunlukla Ege Denizi (İzmir), Marmara Denizi (İzmit ve İstanbul) ve Akdeniz (Fethiye ve İskenderun) civarında kaydedilmiştir. Tarihsel belgelere göz atıldığı zaman bu tsunamilerin Türkiye ve çevresinde büyük kayıp ve hasarlara yol açtığı görülmektedir. 17 Ağustos 1999'da meydana gelen İzmit depreminin ardından gerçekleştirilen çeşitli araştırmalar sonucunda, denizin deprem meydana gelmeden önce geri çekildiği ve depremi takiben tsunami dalgalarının meydana gelerek (maksimum yükseklik =2.9 m) kıyı kesimlerinde göçme ve su baskınlarına yol açtığı ortaya konmuştur (Tanırca, Püskülcü, Necmioğlu ve Özel, 2014/2017).

- Heyelan: Arazi, toprak ya da kaya parçalarının, deprem veya aşırı yağış, yer çekimi gibi dış etkenlerden dolayı ciddi bir şekilde eğim aşağı doğru hareket etmesi ya da kayması durumuna denilmektedir (AFAD, 2014).

Heyelanların daha önceden oluş zamanını ve hangi sıklıkla meydana geleceğini tahmin etmek oldukça güçtür. Heyelanların gerçekleşme hızları da birbirinden farklılık göstermekte olup yavaş veya hızlı bir şekilde gerçekleşebilmektedirler. Yeryüzünde çok fazla ve sık sayıda

gerçekleşen bu heyelanlar çok yaygın bir kütle hareketi çeşididir. Bu yüzden yer kabuğunun aşınmasında oldukça büyük bir rol oynamaktadırlar (Güler, 2012).

Meteorolojik kaynaklı doğal afetler.

- Sel (Taşkın): Belirli bir süre içerisinde bir bölgedeki toprağın kısmen ya da tamamen su altında kalmasına neden olan; ani, düzensiz ve büyük su akıntıları sel olarak nitelendirilmektedir. Deniz, akarsu, göl gibi büyük miktarda su barındıran alanlar bazı zamanlarda gereğinden fazla su ile yüklenir, bu durumda yatağından taşar ve “sel” olarak isimlendirilen doğal afete sebep olurlar. Ekim yapılan alanlarda, yerleşim bulunan bölgelerde ve ulaşım sağlanan güzergâhlarında selin etkileri görülür (Başegmez, 2017).

Su baskınları çevresel bozulmalar ve yerel iklim değişiklikleri ile bağlantılıdır. Ayrıca bölgeden bölgeye sıklığı ve büyüklüğü değişkenlik göstermektedir. Ani su baskınlarının hızı kurak bölgelerdeki dik eğimler ve seyrek bitki örtüsü sebebi ile artmaktadır. Çarpık kentleşme ve toprak aşınımı bu hususta en önemli etkenler arasında yer almaktadır (Yavaş, 2001).

- Çığ: Çığ vakalarına karşı önlem alma konusunda yapılacak eylemlerin başında, yapıların dik yamaçların uzağına inşa edilmesi ve bu hususta toplumda farkındalık oluşturulması gelmektedir. Ülkemizde çığ vakalarının yoğun olarak yaşandığı bölgeler; Doğu, Güneydoğu Anadolu, Kuzey ve Kuzeydoğu bölgesindeki engebeli, meyilli ve dağlık bölgelerdir. Özellikle Güneydoğu, Doğu Anadolu ve Karadeniz’in iç bölgelerinde yaşayan insanlar büyük tehlike altındadır (Şahin ve Sipahioğlu, 2007).

- Kuraklık: Bir kuraklığın tipik özelliği, belirli bir alan üzerinde belirli bir zaman içerisinde su mevcudiyetinin azalmasıdır (Beran ve Rodier, 1985). Kuraklık, öncelikle canlı hayatını etkilemekle birlikte turizm ve tarım gibi birçok farklı sektörü de etkilemektedir. Suyun fazla miktarda olması, yaşamsal ve ekonomik faaliyetlerimizi kesintiye uğratması, taşkın veya sel olarak isimlendirilirken, az miktarda olması da kuraklık olarak isimlendirilebilir (Deniz, 2012).

Kuraklığı dört kategoriye göre sınıflandırmak mümkündür. Bunlar; meteorolojik, hidrolojik, tarımsal ve sosyo-ekonomik kuraklıktır. İlk üçü çevresel gösterge, sonuncusu ise su kaynağı göstergesi olarak tanımlanabilir (Wilhite ve Glantz, 1985).

İnsan kaynaklı afetler.

▪ Ulaşım Kazaları: Kazalar; çeşitli etkenler sebebi ile ve çoğunlukla da insan kaynaklı olan, beklenmedik bir anda ortaya çıkan ve gelişen vakalardır. Öncelikle karayolları ve hava, deniz, demir yollarında ulaşım kazaları meydana gelebilmektedir. Uluslararası verilere göre herhangi bir kazanın afet niteliği kazanabilmesi için en az 10 kişinin hastaneye yatışının sağlanması ve 25 kişinin de zarar görmesi gerekmektedir (Ayoğlu ve Bumin, 1996).

YILLARA GÖRE TRAFİK KAZA İSTATİSTİKLERİ

YIL	KAZA SAYISI *	KAZA YERİ ÖLÜ SAYISI	KAZA SONRASI ÖLÜ SAYISI **	TOPLAM ÖLÜ SAYISI	YARALI SAYISI
2008	950.120	4.236			184.468
2009	1.053.346	4.324			201.380
2010	1.104.388	4.045			211.496
2011	1.228.928	3.835			238.074
2012	1.296.634	3.750			268.079
2013	1.207.354	3.685			274.829
2014	1.199.010	3.524			285.059
2015	1.313.359	3.831	3.699	7.530	304.421
2016	1.182.491	3.493	3.807	7.300	303.812
2017	1.202.716	3.534	3.893	7.427	300.383

Şekil 3. 2008-2017 Yılları Arasında Türkiye’de Yaşanan Trafik Kaza İstatistikleri. Erişim (http://www.trafik.gov.tr/SiteAssets/istatistik/Genel_Kazalar.pdf)

▪ Yangınlar (Orman): Yangınlar bir doğal afet olarak kabul edilebilmesine karşın çoğunlukla insanların bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde meydana getirdiği bir afet türüdür. Yangının meydana geldiği bölgelerde maddi ve manevi hasarlar oluşmaktadır. Bunların haricinde en büyük hasarı o coğrafya üzerinde yaşayan canlılar görmektedir. Yangınlar meydana geliş yerlerine göre sanayi, orman, ev ve iş yeri yangınları olarak

sınıflandırılabilirler. Bu sınıflandırma arasından belki de en tehlikeli olan yangın çeşidi orman yangınlarıdır. Bu yangınlar hem ekonomik hem de manevi anlamda büyük kayıplar oluşturur hem de çevre ve doğa dengesinin bozulmasına sebep olur. Ayrıca bu yangınlar yıldırım, kuraklık ve cam atıklarının optik özelliği olması vb. sebepleri ile ortaya çıkabilirler. Fakat bu sebeplerle meydana gelen orman yangınlarını tüm orman yangınları içerisinde değerlendirdiğimiz zaman, bunların sadece %1-2'lik bir paya sahip olduğu görülür. Diğer büyük bir kısmının ise insan kaynaklı aktiviteler sonucu meydana gelmektedir (Bektaş, 2016)

. Yangınlarla mücadele konusunda ülkemizdeki itfaiye personelinin eğitimine ve hatta toplumu bilinçlendirme çalışmalarına gerekli özenin gösterilmesi gerekmektedir. Olayın yerine, türüne ve boyutuna göre farklı müdahale yöntemlerinin uygulanması günümüz için oldukça önem arz etmektedir. Erken ve doğru müdahale hayat kurtarır.

- Maden Kazaları: Madencilik, içerisinde yüksek risk ve tehlikeleri bulunduran bir iş koludur. Madencilikte iş süreçleri domino etkisi gibi birbirleri ile bağlantılı olduğu için, herhangi bir tehlike ve risk varlığında olaylar zincirleme şeklinde birbirlerini etkiler. Bu risklerin artışını engelleyerek sürdürülebilir ve makul bir düzeyde tutmak için “deneyim, bilgi, sürekli denetim ve uzmanlık” gerekir. Maden kazaları çoğunlukla yeterli teknolojik donanıma sahip olmayan ve yoğun bir çalışma düzeni olan madenlerde, eksik sistem tasarımı sebebiyle meydana gelmektedir. Özellikle madencilikler arasında ölüm ve kaza oranları listesinin ilk sırasında kömür madenciliği yer almaktadır. Bu sebeple, madencilik sektöründeki tehlike, risk ve kazaları azaltabilmek için muhtemel bir kaza sonrası acil durum eylem planlarının hazırlanması ve koruyucu-önleyici tedbirlerin alınması gereklidir (TMMOB, 2010).

Ülkemizin maden kazaları ile ilgili istatistiklerine baktığımız zaman kötü bir geçmişe sahip olduğunu söyleyebilir. Uluslararası Çalışma Örgütü(ILO)'nün istatistiksel verileri incelendiğinde ölümle sonuçlanan dünya maden kazaları sıralamasında ilk iki sıraya Hindistan ve Rusya, ardından üçüncü sıraya ise Türkiye yerleşmektedir. Türkiye’de maden

kazaları oranı %10 civarındayken, İngiltere, Fransa ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerde bu oran %1-3.5'a düşmektedir. Bu gösterge, ülkemiz tarafından alınan önleyici tedbirlerin uygulamada tam olarak başarılı olmadığını veya yetersiz kaldığını işaret etmektedir (Yılmaz, 2017).

Türkiye'nin afetselliği. Yerküre üzerinde meydana gelen depremlerin büyüklükleri ve sebep oldukları zararlar dikkate alındığı zaman iki ana deprem kuşağı dikkatleri üzerine toplamaktadır. Bu iki ana deprem kuşağı; Pasifik çevresi ve Alp-Himalaya'dır. Pasifik Çevresi Deprem Kuşağı, Büyük Okyanusu çevrelemekle birlikte Japonya üzerinde çeşitli etkilere sahiptir. Alp-Himalaya ise Türkiye'nin de içerisinde yer aldığı Cebelitarık'tan Endonezya adalarına kadar uzanış gösteren bir deprem kuşağıdır. Türkiye'de genellikle tektonik kaynaklı depremler meydana gelmektedir. Bunun asıl sebebi ülkemizin %60'dan fazlasının Alpin orojenik devinimi sebebi ile oluşan epirojenik türdeki tektonik devinimlerin tesiriyle faylarla parçalanmış olmasıdır. Ülkemizdeki üç önemli fay zonu; Batı, Kuzey ve Doğu Anadolu Fay Hatları'dır. Ülkemizin her bölgesinde gerçekleşen depremler, fay hatlarına uzaklıklarına, farklı litolojik ve jeolojik niteliklerine göre aynı sıklıkta ve büyüklükte meydana gelmemektedir. Türkiye'de görülen depremler çoğunlukla Arap ve Afrika levhalarının kuzey-kuzeydoğu doğrultusunda hareket etmesi ile bağlantılıdır (Gülen, 2008).

Türkiye'de olağandışı durum riski git gide artmaktadır. 1999 yılında ülkemizde yaşanmış olan felaketler bunun bir belirtisidir. Ülkemizde, doğal olaylar sebebi ile meydana gelen afetler sonucunda oluşan ölümler, %1'i çığ, %7'si kaya düşmesi, %12'si taşkın, %15'i toprak kayması ve %65'i deprem ile bağlantılıdır. Bu oranlardan yola çıkarak, ülkemizde afetlere sebep olan olay depremdir. Son 58 yılın deprem istatistiklerine bakıldığı zaman 1999 depremleri hariç toplamda 122.096 kişi yaralanmış, 58.202 kişi yaşamını yitirmiş ve ayrıca 411.465 dolaylarında yapı ağır bir hasar görmüş veya yıkılmıştır. Türkiye'nin %16'sı IV. derece, %18'si III. derece, %24'ü II. derece ve %42'si I. derece deprem bölgesidir. Ayrıca

ülke nüfusunun %15'i IV. derece, %15'i III. derece, %26'sı II. derece ve %45'i I. derece deprem alanı üzerinde yaşamaktadır.

Türkiye nüfusunun %95'i, topraklarının %92'si, endüstriyel yatırımlarının %75'i deprem hattı üzerinde yer almaktadır. Kontrolsüz sanayileşme, çarpık kentleşme ve yoksulluk vb. nitelikler bakımından özellikle Marmara Bölgesi afetlerden etkilenmeye müsait bir coğrafi konumdadır. Depremlerin doğal olaylar arasında önemli ve özel bir yeri vardır. Bunun sebebi geniş nüfusları, fazla sayıda yerleşim yerini etkilemesi ve en fazla görülen doğal afet türü olmasıdır. Her gün ülkemizin birçok farklı yerinde depremler meydana gelmektedir. Fakat bu depremlerin hissedilebilmesi için büyüklüklerinin (3.5-4>) olması gerekmektedir. Geçtiğimiz yüz yıl verileri incelendiği zaman kayıtlarda yer eden ve hasara sebep olan 158 deprem olmuştur. Bu depremlerde 175.000 kişi yaralanmış, 97.200 kişi yaşamını yitirmiş ve 583.371 yapı ağır bir hasar görmüş ya da yıkılmıştır. Türkiye diğer ülkelerle karşılaştırıldığı zaman depremlerin sebep olduğu can kaybı bakımından beşinci sırada yer almaktadır. Su baskınları ise can ve mal kaybı bakımından ülkemizde depremlerden sonra en çok görülen doğal afet olayıdır. Su baskınları, ekonomik açıdan zararları oldukça yüksek olan ve fazlaca görülen olaylardır (Çelebi, 2014).

Balıkesir ile ilgili genel bilgiler ve ilin afetselliği.

Balıkesir ile ilgili genel bilgiler. Balıkesir ili topraklarının çoğunluğu Marmara, diğer toprakları Ege Bölgesi'nde bulunmaktadır. Ayrıca ilin kıyısı Ege ve Marmara Denizi boyunca uzanmaktadır. Ülke genelinde aynı anda iki deniz ile komşu olma özelliğine sahip altı ilden biridir (BÇŞİM, 2017).

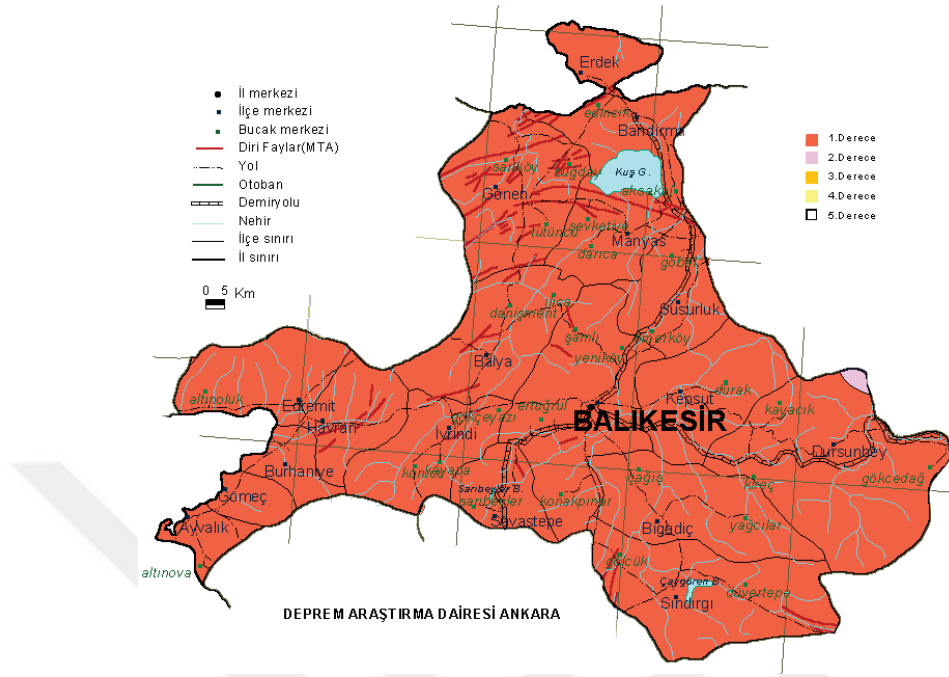
Balıkesir nüfusu 2017 yılı TÜİK verilerine göre 1.204.824 kişidir. Balıkesir erkek nüfusu 602.275, kadın nüfusu ise 602.549 kişidir. Balıkesir iline bağlı ilçe sayısı 20, mahalle sayısı ise 1129'dur. En büyük ilçesi Karesi (178.105) ve en küçük ilçesi Marmara (8.828)'dir (TÜİK, 2017).

Balıkesir ilinin afetselliği ve afet geçmişi. Türkiye’de beş ayrı deprem bölgesi bulunmaktadır. 1. derece deprem riskinin çok yüksek olduğu bölgeleri, 5. derece ise daha düşük risk içeren bölgeleri ifade etmektedir. Balıkesir ili 1. derece tehlikeli deprem bölgesidir. Geçtiğimiz 100 yıl içerisinde en şiddetli depremler (M=6.1 şiddetinde) 1942 yılında Bigadiç’te ve (M=7.4 şiddetinde) 1953 yılında Yenice ve Gönen ilçelerinde yaşanmıştır (Gülen, 2008).

“Balıkesir ve yakın çevresini içine alan Batı Anadolu, Afrika levhasının Girit Adasının güneyinde Ege ve Anadolu levhalarının altına dalması sonucu NNE-SSW yönlü çekme ve gerilmeye uğramıştır” (Adatepe, 1998, s.64). Balıkesir bölgesi üzerinde tarihsel dönemlerden bugüne yoğun deprem aktivitesi yaşanmıştır. Özellikle çoğunluklu olarak Dursunbey, Savaştepe, Sındırgı, Bigadiç, Manyas ve Gönen ilçelerinde deprem episantrlarına rastlanmaktadır. 1900-2014 yılları arasında depremlerin oluş sayılarının yıllara göre dağılımına bakıldığında zaman 1953, 1969, 1970, 1998, 2001 yılları göz önüne çıkmaktadır (Beliceli, Çona ve Çoban, 2005). Son yıllardaki araştırmalara göre, Konya-Afyon-Balıkesir uzantısında bir Akşehir Fay Zonu olduğu söylenmektedir (Koçyiğit, 2002).

Balıkesir toprakları ve dolaylarında dikkate değer fay sistemleri görülmemektedir. Fakat kuzey, güney ve batı taraflarında büyük fay sistemleri yer almaktadır. Bölge, güneyden Ege Graben Sisteminin ve kuzeyden ise Kuzey Anadolu Fay Zonunun (KAFZ) etkisi altında kalmaktadır. Farklı bir şekilde söylenecek olursa, bölge Ege ile KAFZ’nin açılma rejimi aralığında bir geçiş bölgesi olma özelliğini barındırmaktadır. Kuzeyde KAFZ’nda yer alan Yenice-Gönen fayı, doğrultu atımlı fay çözümleri sağlayan depremlere sebep olmaktadır. Bölgenin güneyi ve batısı, Ege çöküntü sistemlerinin etkisi ile norma atım karakterine sahip depremlere sebep olmaktadır. Bu çöküntü sistemlerinden Bakırçay, Edremit ve Simav çöküntüleri Balıkesir bölgesinin batı, kuzeybatı ve güney kesimlerinde yer almaktadır. Bunlar

dikkate alındığı zaman Bigadiç, Savaştepe, Ayvalık, İvrindi ve Soma ilçelerinde bu sistemler ile bağlantılı olarak depremler oluşmaktadır (Tağıl, 2004).



Şekil 4. Balıkesir İli Deprem Haritası. Erişim

(<http://www.e-sehir.com/turkiye-haritasi/balikesir-deprem-fay-hatti-riskharitasi.html>)

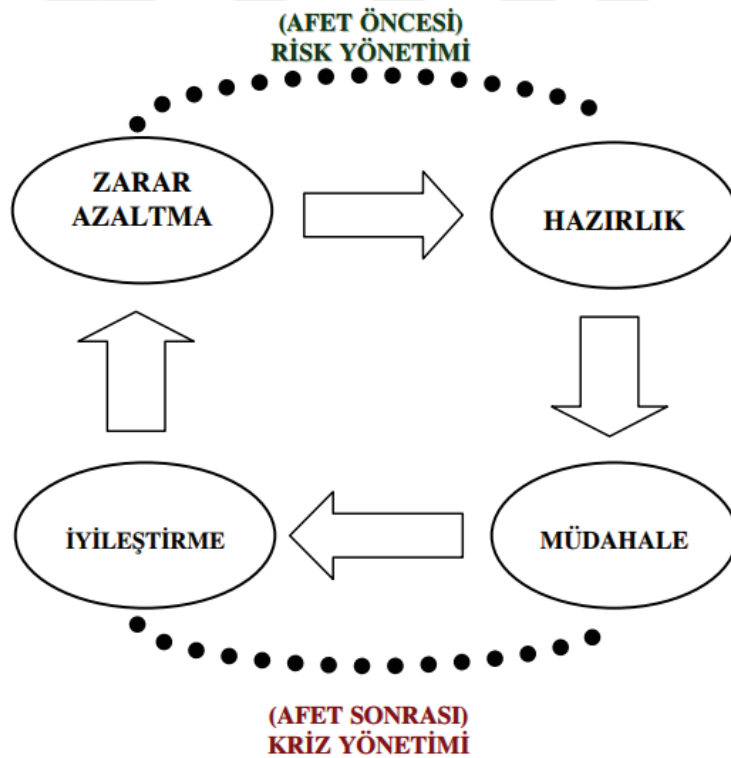
Afet yönetimi ve evreleri.

Afet yönetimi. İnsanoğlu bilgi ve teknoloji seviyesini yükseltmiş olmasına ve her gün ilerletmesine rağmen, doğal afetlere sebep olabilen kuraklık, deprem, fırtına ve yanardağ patlamaları gibi doğal olayların ortaya çıkmasında herhangi bir etkisi olmamakla birlikte bunların önlenmesi konusunda da elinden gelenler oldukça kısıtlıdır. Afetlere karşı günümüzde ve gelecekte yapmamız gereken en önemli hareket, meydana gelebilecek afetlerin güçlü etkilerinden kendimizi korumak ya da bu afetlerin toplum üzerinde oluşturabileceği zararlı etkilerini minimum seviyeye indirmek için araştırma faaliyetlerini yürütmek, birbirinden farklı senaryo ve planlar geliştirerek uygulamaya konmasını sağlamaktır. Buradan özetle insanların yaşamakta olduğu bölgede oluşan veya oluşabilecek doğal olayların farkında olmaları, bunların sebeplerini ayrıntılı bir şekilde öğrenmeleri ve bu olayların yinelenmesi halinde bunlardan en az seviyede etkilenmelerini ya da hiç etkilenmemelerini sağlayacak

çalışmalar bütünü “Afet Yönetimi” olarak isimlendirilmektedir (Erkal ve Değerliyurt, 2009).

Afet yönetimi aşamaları (evre, safha)’nı “afet öncesi” ve “afet sonrası” olacak şekilde iki kısımda ele alabiliriz. Afet öncesi evresi, afetler meydana gelmeden önce yapılması gereken çalışmalardır. Bu aşamada yapılan çalışmalar ile birlikte afetlerin doğurabileceği muhtemel riskleri daha önceden belirleyip, bu riskleri minimum düzeye indirmek için gerekli risk yönetimi faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. Afet sonrası evresinde ise afet meydana geldikten sonra yapılan çalışmaları içermekte olup ilk müdahale ve kurtarma gibi kriz yönetimi faaliyetlerini kapsamaktadır (Altınsoy, 2018). Birçok riski ve kaybı beraberinde getiren afet durumunda önleyici bir yaklaşım tarzı benimsenerek afetin yönetimi sağlanmalıdır (Maya ve Çalışkan, 2016).

Afet yönetimi evrelerini dört ana başlık altında incelemek mümkündür (Şekil 5);



Şekil 5. Afet Yönetim Evreleri. Erişim

(http://www.izmir.gov.tr/ortak_icerik/izmir/KYM_PDF/NECMETTIN%20SAHIN.pdf)

Afet öncesinde yapılması gerekenler.

▪ Zarar Azaltma Aşaması: Afetin ardından yapılması gereken “İyileştirme ve Yeniden İnşa” evresinde uygulanan çalışmalar ile yeni bir afet meydana gelmeden önceki aralığı kapsamaktadır. Bu evrede gerçekleştirilen çalışmaların belirgin karakteristiği; ülke, bölge ve yerleşim birimi şeklinde oldukça fazla uygulama alanlarının olmasıdır (Ergünay, 1999).

Zarar azaltma aşamasında yapılması gereken çalışmalar (Barutcu, 2015);

- ✓ Risk ve tehlike belirleme çalışmalarının daha önceden yapılması,
- ✓ Yapısal ve fiziki zarar azaltma planlarına dair eğitsel çalışmalar,
- ✓ Koruyucu önlemlerin alınması,
- ✓ Risk oluşturabilecek düzeyde ve önemli bir konuma sahip olan altyapı ve tesislerin sağlamlaştırılması,
- ✓ Mevzuatın günün gerekliliklerine göre tekrardan düzenlenmesi ve güncel hale getirilmesi,
- ✓ Güncel uyarı sistemleri geliştirilerek aktif olarak kullanımı arttırılmalı,
- ✓ Çeşitli vadedeki zararı eksiltme çalışmalarının yapılması,
- ✓ Tahliye, kurtarma ve acil yardım çalışmalarının planlanması,
- ✓ Afetle baş etme ve risk yönetimi ile ilgili eğitim ve tatbikat faaliyetlerinin düzenli olarak tekrarlanması,
- ✓ Gönüllülük sisteminin kurularak halkın bu konuda bilinçlendirilmesi ve teşvik edici çalışmaların yürütülmesi.

▪ Hazırlık Aşaması: Afet yönetiminin ikinci aşamasının temel amacı, kişi ve kurumlar arası işbirliği ile afetlerle baş etmede etkin bir müdahale sağlayabilmek için hazırlık ve eğitim çalışmalarının sürdürülmesidir (AFAD, 2012). Bu aşama olası tehlikelerin doğurabileceği olumsuz sonuçları engellemek için alınabilecek önlemleri kapsamaktadır. Bu safhada afet sırasında sürdürülecek müdahale çalışmalarının planlanması yapılır. Erken uyarı ve tahliye

tasarıları gerçekleştirilir (Fişek ve Kabasakal, 2008). Özet olarak; muhtemel bir afet sonucunda meydana gelebilecek tehlike ve kayıpların ortadan kaldırılması, arama-kurtarma ekiplerinin eğitilmiş ve hazır bir şekilde bulundurulması, acil yardım gereksinimlerinin tamamlanması hazırlık aşamasını oluşturmaktadır (Altınsoy, 2018).

Hazırlık aşamasında manevi ve ekonomik açıdan doğabilecek zarar, zayırları minimum seviyeye düşürecek için bazı çalışmaların yapılması ve planlanması gerekmektedir. Bunları şu şekilde sıralamak mümkündür;

- ✓ Afet yönetimi ile ilgili yapılacak olan tasarıların odak seviyesinde tutulması,
- ✓ Bütün şehirler için "Acil Durum ve Afet Planları" oluşturulması,
- ✓ Oluşturulan tasarılar da sorumlu olan ilgili birey ve kişiler için eğitim çalışmaları yapılması, ihtiyaç duyulan malzemelerin tamamlanması ve stok alanlarında depolanması,
- ✓ Arama-kurtarma çalışmalarını sürdürecekt birimleri arası işbirliği yapılması ve eğitim düzeylerinin yükseltilmesi (Ergünay, 2002).

Afet sonrasında yapılması gerekenler.

▪ Müdahale Aşaması: Afet ortaya çıktığı andan itibaren başlayarak en fazla 2-3 ay boyunca devam eden iş ve işlemleri içermektedir. Müdahale evrenin en temel ve ilk amacı can kurtarılmasıdır. Sonrasında yapılacak tüm çalışmalar olağanüstü afet durumunun normale döndürülmesi için yapılan faaliyetlerdir. Risk yönetimindeki hazırlık ve zarar azaltma aşamalarında planlanan tüm çalışmalar bu kısımda uygulanır. Planlanan tüm bu çalışmaların en önemli amacı, en kısa zaman içerisinde elden gelen en fazla kişiye ulaşmaktır (Deniz, 2012).

Bu aşamada gerçekleştirilmesi gerekenler;

- ✓ İyileştirme,
- ✓ Emniyet,

- ✓ Geçici barınma,
- ✓ İlk yardım,
- ✓ Haberleşme ve ulaşım,
- ✓ Tahliye,
- ✓ Hasar tespiti,
- ✓ Tehlikeli göçüğün kaldırılması,
- ✓ Gereksinimlerin belirlenmesi,
- ✓ İdeal çevre ve koruyucu hekimlik,
- ✓ Arama ve kurtarma,
- ✓ Giyecek, yeme-içme ve yakacak tedariki,
- ✓ İnfilaklar, yangınlar ve salgınlar gibi ikincil afetlerin engellenmesi gibi pek çok etkinlik bulunmaktadır.

Bu aşamada gerçekleştirilecek tüm çalışmalar devletin bütün imkân ve becerisini ivedi olarak ve aktif stratejilerle afet sahasında kullanılmasını hedeflediğinden kusursuz bir eşgüdümüne ihtiyaç duymakta ve afet/acil durum şartlarında faaliyete geçirilme mecburiyeti, olağanüstü tedbir, hak ve mesuliyet gereksinim göstermektedir (Ergünay, 2002).

- İyileştirme ve Yeniden İnşa Aşaması: Uzun vadeli bu safha zarar görmüş yapıların tekrardan inşasının yapılması, afete maruz kalan halkın sosyal ve iktisadi hayatının afet öncesindeki eski haline getirilmesi, toplumun afet sonrası zarar gören sosyo-ekonomik düzeyinin çeşitli uygulamalarla yeniden eski seviyesine getirilmesi gibi çalışmaların tümünü kapsamaktadır (Yılmaz, 2005).

İyileştirme, halkın sosyo-ekonomik yaşantısını ve altyapıyı eski haline getirmek için harcanan çabadır (İTÜAFYM, 2001). Ergünay (2002)'a göre, bu evrede sürdürülen çalışmaların temel amacı afete uğramış toplumun iletişim, su, elektrik ve geçici barınma gibi ihtiyaçların temel düzeyde karşılanabilmesi için gerekli tüm faaliyetleri kapsar. Bazı

araştırmacılar iyileştirme aşaması içerisinde yeniden inşa evresini de ele almaktadır. Afet sonrası ortaya çıkan ihtiyaçların afet öncesindeki gibi iyi bir seviyede karşılanana kadar bu aşamaların sürdürülmesi gerektiğini dile getirmişlerdir.

Afete hazırlık algısı ve hazırlık alışmaları.

Afete hazırlık algısı. Afete hazırlık, gerekli risk değerlendirmesi ve çoklu disiplinler yönetim stratejileri de dahil olmak üzere bir felaketten etkilenen kişilerin sağlık gereksinimlerine gerekli yanıtın verilebilmesi açısından hayati öneme sahiptir. Toplumumuzun ve ulusumuzun istikrarını sağlamak için sağlık personelleri ve ilgili kişilerin hazırlıklı olması çok önemlidir. Sağlık personelleri afeti nleme konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Ayrıca afet sırasında hizmetlere erişimin daha hızlı sağlanabilmesi için acil durum planları oluşturulmalıdır (Fung, Loke ve Lai, 2008).

Algı, gerçeklik ve önyargının birleşiminden oluşmaktadır. Ynlendirilebilen ve zamanla değerışebilen bir yapısı vardır. Fakat bu değerışim hem olumlu hem de olumsuz Şekilde olabilmektedir. Halk, planlama ve hazırlıklı olmanın afete müdahale için yeterli olduğunu düşünmesine rağmen bu durum algılarını değerıştirmeye yetmeyebilir. Hazırlık algısı, ancak kasti olarak kendini koruma isteğinin önüne geçtikten sonra daha hâle bilinçli hâle getirilebilir (Collins, 2017, s.37).

Hazırlık alışmaları. Bu başlık altında, afet öncesi yapılması gerekli görülen afete hazırlık çalışmalarından bahsedilmiştir.

Afet antası (Deprem antası). Afet sonrasında ihtiyaç duyabileceğimiz temel malzemelerin bulunduğu bir antadır. Bu çantayı daha önceden planlı bir Şekilde hazırlamak fayda sağlayacaktır. Afet ve acil durum çantası afetten etkilenmeyecek ve rahat bir Şekilde erişim sağlayabileceğimiz yerde ve uzaklıkta bulunmalıdır. Bu çantanın içeriği birey ve ailenin ihtiyaçlarına göre değerışiklik gösterebilir. Afet sonrasında tüm ihtiyaçları

karşılayabilecek bir afet çantası hazırlamak mümkün değildir. Bu yüzden hayati önem taşıyan öncelikli olarak çantaya yerleştirilmesi gerekir.

Çantada bulundurulması gereken malzemeler şu şekilde sıralanabilir (AFAD, 2011);

• Bıçak, çakı, düdük • Bant • Radyo, el feneri • Kesici Alet • Örtü • Başlık feneri • Kalem, kâğıt • İş eldiveni • Nakit para • Çakmak, kibrit • Tulum ya da battaniye • Yedek telefon şarj aleti, anahtarlar ve piller • Naylon poşet

Toplanma yerleri(Buluşma noktaları). Özellikle birbirine yakın konumda bulunan kişiler için geçerli olmakla birlikte çevredeki bir park ya da herkes tarafından bilinen, afet sonrasında güvenli olabilecek bir alan buluşma noktası olarak belirlenir. Telefonla haberleşme zorunluluğu ortadan kaldırılmış ve herkesin aynı noktada buluşması sağlanmış olur. Özellikle afet anında bir arada bulunmayan aile fertleri bu sayede afet sonrasında bir araya toplanabilir. Eğer afet anında buluşma yerine oldukça uzak bir konumda bulunuluyor ve gidilmesi imkânsızsa, bölge dışı bağlantı kişisine ulaşılmalı ve kişi kendi durumu hakkında bilgileri tercihen SMS yolu ile göndermelidir (AFAD, 2011).

Aile afet planı (Aile toplantısı). Aile toplantısı, okul çağındaki çocuklar da bulunmak üzere tüm aile bireylerinin katılımı ile afet öncesinde yapılan bir toplantıdır. Bu toplantının amacı, afet öncesinde yapılması gereken hazırlıkları, afet sırası ve sonrasındaki öncelikli yapılması gerekenleri belirlemektir (Petal ve Türkmen, 2001).

Güvenli yerler. Sık bulunan mekânlarda afet sırasında bireyler için tehlikeli oluşturabilecek veya güven sağlayabilecek olan yerler daha öncesinden belirlenmelidir. Örneğin; sağlam bir koltuk, masa altı veya yatak, divan yanı, herhangi bir iç duvar yanı ya da köşe dibi gibi kişiyi koruyabilecek güvenli yerler seçilmelidir. Parçalanma ihtimali bulunan ağır ve büyük aydınlatmalar ve pencere önleri, düşme tehlikesi bulunan ağır ve büyük eşyaların yanı, yangın çıkarma riski bulunan ocak gibi eşyaların yanları ise kişiyi tehlikeye sokabilecek yerlerdendir (Özgüven, 2006).

Çıkış yolları. Mevcut mekânlardaki acil veya bunlara alternatif kaçış (çıkış) yolları tespit edilmelidir. Alternatif çıkış yolları mekânın arka kapısı ve pencereleri olabilir. Devrilerek veya düşerek mekânın çıkış yollarını kapatma riski olan eşyalar (ayakkabılık, kitaplık veya yan yana istiflenmiş halılar) varsa bunlar sabitlemeli veya ortamdan kaldırılmalıdır (Özgüven, 2006).

Bölge dışı bağlantı kişisi. Deprem meydana geldiği anda aile bireyleri birbirinden farklı yerlerde bulunabilir. Aile bireylerinin ilk anda birbirinden haberi olması mümkün olmayabilir. Şehirlerarası haberleşme şehir içi haberleşmeye göre daha kolay ve hızlı bir şekilde sağlanabildiği için şehir dışından bir bağlantı kişisi seçilmelidir. Afet sonrası hemen bu kişi aranarak kendiniz hakkında bilgi verilmeli ve diğer aile bireyleri hakkında bilgi alınması gerekir (Kadıoğlu, 2009).

Acil sağlık hizmetleri sisteminin gelişim tarihçesi.

Dünyada acil sağlık hizmetleri gelişiminin tarihçesi. Dünya genelindeki acil yardım uygulamaları ülkelerin kendi şartları ve imkânları dahilinde birbirinden farklılık gösterebilmektedir. Fakat acil yardım ekiplerinin çoğunlukla sahada uygulamış olduğu üç farklı yöntem vardır. “Bunlar; kap ve götür (scoop and run), kal ve oyna (stay and play), kal ve oyna-kap ve götür (stay and play, scoop and run)”dır. Dünya genelinde en fazla tanınan ambulans servislerinden biri olan Toronto Acil Sağlık Sistemleri 1883’den bugüne dek çok çeşitli evreler geçirerek bugüne kadar gelmiştir. Amerika Birleşik Devletleri(ABD)’de genellikle uygulanan sisteme göz atıldığı zaman “kap ve götür” yönteminin uygulandığı görülmektedir. 911 ile ulaşılan komuta merkezlerinde olayın durumu öncelikle eldeki soru listesine göre analiz edilir. Eğer aracın gerekli olmadığı kanaatine varılırsa kişilere telefon ile talimat verilerek yardımcı olunur. Daha önceki yıllarda iki donanıma sahip araçlar kullanılıyordu. Bu araçlar tam donanımlı ambulanslar haline getirilerek tek tip olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca taksi tipi mobil ambulanslar, kalabalık arasında

ilerleyebilecek mini ambulanslar ve dağ bisikletleri gibi çeşitli özelliklere sahip bu araçlarla farklı vakalara hizmet sağlayabilmektedir (Jan ten Duis ve Van der Werken, 2003).

Avrupa ülkelerine göz atıldığı zaman, tarihsel bazı sebeplerden dolayı organizasyon yapısında dikkat çekici farklılıklar vardır. İkinci Dünya savaşının ardından öncelikle Almanya ve diğer pek çok Avrupa ülkesinde güvenlik ve askeri teşkilatın yok olması, ve bununla beraber savaş sırası ve ardından itfaiye örgütlerinin öneminin artması nedeniyle ambulans hizmetleri itfaiye örgütlerinin bünyesinde sürdürülmeye başlanmıştır. Bakıldığı zaman hâlâ çoğu bölge ve eyalette ambulans hizmetlerinin yönetimi itfaiye merkezlerinden sağlanmaktadır. Bu sebeple ülkemizden oldukça farklı bir uygulamaya sahiptirler. Bu merkezler hastane bağlantılı bir organizasyon içerisinde bulunma özelliğine ve bizdeki gibi medikal vakaları değerlendirebilecek beceri ve yeteneklere sahip değildir. İki farklı sınıfta ambulans bulunmaktadır. Bunlarda genellikle kurtarma elemanı ve acil bakım teknikeri görev yapmaktadır. Olay yerine vardıkları zaman tıbbi yetkilerinin yetersiz kaldığı durumlarda merkezden doktor isteminde bulunmaktadırlar. Bu hekimler çoğunlukla hastanelerin acil servislerinde anestezi ya da travma uzmanları olarak görev yapmaktadır (MEB, 2011).

İngiltere’de deneyimli bir yönetim kurulu tarafından yönetilen, özel sektör kuruluşu gibi sistemli çalışan bir ambulans servis hizmeti vardır. Ambulans hizmeti itfaiyeden bağımsız olarak yönetilmektedir. Fransa’da ise bölgelere göre değişiklik gösteren bir sistem mevcuttur ve doktorlar daha ön plandadır. Ambulans içerisinde hekim ve acil bakım teknikeri görev yapmaktadır. Hastane içi bir merkezden yönetilen ambulanslar itfaiye örgütü içerisindeki diğer ambulanslar ile koordineli bir şekilde çalışmaktadır. Bu anlamda ülkemiz sistemine benzemektedir (Uslu, 2017). Hollanda’da ise hem devlet hem de özel sektörde yaklaşık 80 civarında ambulans servisi yer almaktadır. Ayrıca ülke kendi içinde 26 farklı bölgeye bölünerek her bölgeye ait 112 çağrı numarası ile irtibat sağlanabilecek KKM mevcuttur. Bu merkezler içerisinde gelen çağrının çeşidine göre yönlendirilebilecek

ambulanslar beklemektedir. Kaliteli hizmet verebilmek için belirlenen standart, hastaların %90'ına 15 dk. içerisinde yanıt verilebilmektir. Ambulanslarda şimdi bile kap ve götür yöntemi tatbik edilmektedir. Ayrıca travma merkezlerinin her birinde; bir helikopter, bir özel kurtarma ve dört hastane ambulansı yer almaktadır. On farklı gruba ve doktora sahip olan bu ekipler, ülkenin tamamında hizmet sağlayabilmekte ve hastaneyi sokağa nakletmektedir. Hastaların hastane öncesinde stabilizasyonu sağlanmakta ve %80'i doktorlu ambulanslar ile transfer edilmektedir (Yılmaz, 2014a).

Dünya'da ASH sunum modelleri Anglo-Amerikan ve Franko-German olarak ikiye ayrılmaktadır.

Anglo-Amerikan modeli (Scoop and run : Kap-götür). Diğer bir ismi Scoop and Run (Kap-Götür) olan ve ABD tarafından geliştirilen bu sistemin temel amacı, hasta ya da yaralıya en kısa süre içerisinde ulaşarak en yakın tıbbi merkeze hızlı bir şekilde ulaştırmaktır. Ayrıca tıbbi yardımda en hayati olan uygulamalar yapılmaktadır. İngiltere, Kanada, İsrail ve Avustralya gibi pek çok ülkede bu model uygulanmaktadır (Dick, 2003). Ülkemize de bu model yerleştirilmeye çalışılmaktadır.

Acil tıp hizmetini sahada Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (AABT, Paramedik) ve Acil Tıp Teknisyeni (ATT) gibi doktor olmayan personel başlatarak durumu ciddi olan hasta veya yaralıları hastanelerin acil servisine transfer ederler. Acil servislerinde görevli acil hekimleri hasta veya yaralılara ileri acil bakım hizmeti sağlamakla görevlidir. “Bu sistemde acil serviste acil tıp uzmanları görev yapar veya diğer hekimler acil tıp uzmanlarının üst denetçiliğinde çalışırlar” (Thomas, 2005, s.179).

Sonuç olarak; paramediklerin daha fazla ön konumda olduğu, olay yerinde daha az vakit kaybedilerek hastaların stabil ve hızlı bir şekilde hastaneye transferlerinin sağlandığı, hastanın kesin tanı ve tedavisinin acil serviste görevli acil hekimleri tarafından yapıldığı bir sistemdir.

Franko-German modeli (Stay and play : Kal-çalış). Franko-German Modeli kal ve oyna (stay and play) modelidir (Thomas, 2005). Bu model Fransa kökenli olmakla birlikte çoğunlukla Güney Avrupa’da uygulanmaktadır. Olay yerine en kısa sürede ulaşmayı, hasta/yaralıya ileri yaşam desteğini başlattıktan sonra stabile ederek durumuna en uygun hastaneye acele etmeden götürülmesi amaçlanmaktadır. Anglo-Amerikan modelinden ayrılan en belirgin yönü, ambulans içerisinde doktor bulunması ve tıbbi açıdan ambulansın daha donanımlı olmasıdır. Bu modelde acil hekimleri (çoğunlukla anestezi uzmanları) tarafından acil bakım hizmeti hastane öncesinde gerçekleştirilir. Bu sistemin bizde uygulanmamasının sebebi doktorlu ambulans sayısının yetersizliğidir. Temel esas hastayı hastaneye değil, acil doktorunu ve teknolojiyi hastanın ayağına taşımaktır (Yerlikaya, 2015).

Ülkemizde acil sağlık hizmetleri gelişiminin tarihçesi.

Türk Hilal-i Ahmer Cemiyeti. İlk kez 1868 yılında “Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti” adı ile kurulmuştur. Ardından ismi “Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti” olarak değiştirilmiştir. Ayrıca Alman doktorlar görevlendirilmiştir. Bu Alman hekimlerin yönetimindeki hekim ve sağlık erleri ile Türk ordusunda görev yapan askerlerin tedavileri yapılmaya başlandı. Benzer şekilde Florence Nightingale Kırım savaşı sırasında İstanbul’daki askerlerin bakım ve tedavilerini üstlenmiştir. 1911’de meydana gelen Aksaray yangını sırasında Türk Hilal-i Ahmer ilk yardım ekiplerini kurmuş ve bundan dolayı ülkemizdeki ilk yardım servislerinin başlangıcı olarak kabul görmüştür. Fakat 1935 tarihine gelindiğinde “Türkiye Kızılay Cemiyeti” şeklinde yenilenmiştir (Düzova, 2015).

Türk Kızılay Cemiyeti. Hayır cemiyeti amacı ile Uluslararası Kızılay ve Kızılhaç Hareketi’nin ana prensipleri eşliğinde faaliyet gösteren bir yardım teşkilatıdır. 1935 yılında “Türkiye Hilal-i Ahmer Cemiyeti”nin ismi “Türkiye Kızılay Cemiyeti” olarak değiştirilmiştir. İlerleyen zamanda ise “Türkiye Kızılay Derneği” olarak değiştirilmiştir (Altuntaş, 2014).

1961 senesinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun yayımlanmıştır. Bu kanunun amacı, sağlık hizmetlerini vatandaşların ayağına kadar götürebilmektir. Bu kanunu destekleyen 1982 anayasası ile de bütün yurttaşların eşit şekilde faydalanabilmesi amacıyla sağlık hizmetleri güvence altına alınmıştır. 1985 senesinde gezici ambulans ekipleri kurulmuştur. Gezici ambulanslar çoğunlukla yoğun alanlardaki trafik kazalarında ve turistik bölgelerde bulunan, araç cihazı vasıtası ile iletişim kurulabilen, belirli bir merkezden kontrol edilemeyen bir ekiptir. 077 Hızır Acil Servisi Sağlık Bakanlığı(SB)'nin hekim ve tıbbi araç-gereç yardımı ile İstanbul, Ankara ve İzmir Büyükşehir Belediyesinin şoför, ambulans ve teknik hizmetler gibi destekleri ile kurulmuştur. Bu servis sayesinde doktorlu ambulans hizmeti ile hastaların transferi sağlanmış böylece günümüz ASH'nin temelleri oluşturulmuştur.

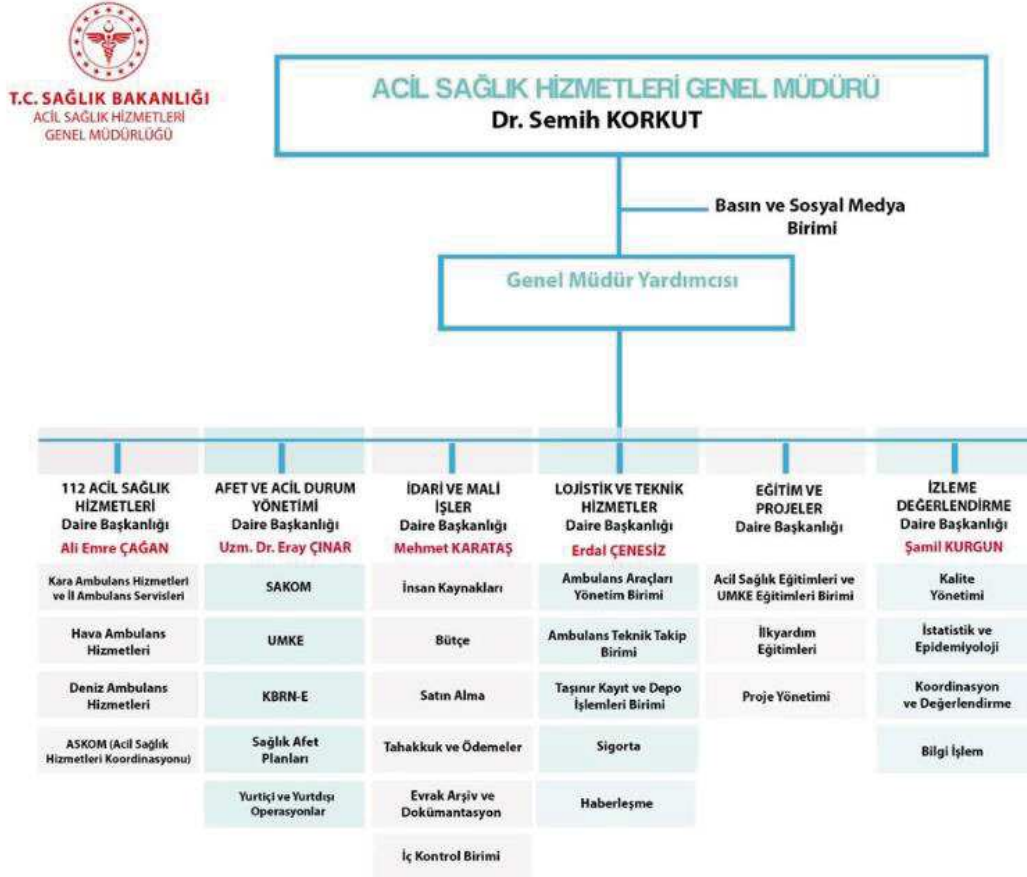
Acil tıp teknikerlerinin eğitimini yürütmek amacıyla 1993 yılında eğitim programı kurulmuştur. Doktorlar için "İlk ve Acil Yardım" programı yeni bir uzmanlık dalı hâline gelmiştir. 1994 senesinde "077 Hızır Acil Servisi" geride bırakılarak "112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri" sistemine adım atılmıştır. 1994-1995 yıllarında İstanbul, İzmir ve Ankara illerinde 112 istasyonları ve telefon santralleri kurulmuş, yeni telsiz ağı çekilmiştir. Proje kapsamında idare yapısında da değişiklikler yapılmıştır.

1996 yılında ve devamında SB'ye bağlı liselerde "İlk Yardım ve Acil Bakım Teknisyenliği" alanı kurulmuştur, ardından 2000'de Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (ASHY) çıkarılmıştır. 2004'de ise ATT ve AABT'ye kadro verilerek atamaları yapılmıştır (MEB, 2011).

Türkiye'de acil sağlık hizmetleri. Yaralanma ve hastalık durumlarında, alanında özel yeterli bilgi ve beceriye sahip ekiplerce, tıbbi malzemeler ile olay mahallinde, taşıma anında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlanan hizmetler bütününe acil sağlık hizmetleri denilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2000).

ASH yönetim ve organizasyon şeması.

Merkez yapılanması. Ülkemizde ASH merkez yapılanması, SB'ye bağlı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü(ASHGM) “112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı” tarafından yürütülmektedir. ASH merkez teşkilatı altı daire başkanlığından oluşmaktadır:



Şekil 6. ASHGM Yönetim ve Organizasyon Şeması

Taşra yapılanması. ASH'nin taşra yapılanması temel hizmet ve destek hizmet birimleri olarak ikiye ayrılmaktadır. İl bazında çalışmalarını sürdüren tüm ASH birimleri ve bu hizmetle bağlantılı her birim sunmuş oldukları işlev bakımından İSM'ye karşı mesuldür (Sağlık Bakanlığı, 2000). Taşra yapılanmasının birimleri aşağıda Şekil 7'de verilmiştir.

<p>➤ Acil sağlık hizmetlerinin temel hizmet birimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acil sağlık hizmetleri Şube m¼d¼rl¼đ¼, • İl ambulans servisi başhekimliği, • Hastane acil servisleri. <p>➤ Acil sağlık hizmetlerinin destek hizmet birimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Birinci basamak sağlık kuruluşları, (sağlık ocakları, sağlık evleri vb.) • Yataklı tedavi kurumları, (devlet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri vb.) • Sağlık hizmeti veren kamu kurumları, • Özel ambulans servisi birimlerinden oluŐur.

Şekil 7. ASHGM Taşra Yapılanması

- *Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri (ASH baŐhekimliđine bağlı birimler).*

Hasta ya da yaralıların olay yerinden hastaneye nakli sürecinde sağlanan tüm acil hizmetler b¼t¼n¼ ASH kapsamına girmektedir (Batı, 2012). T¼rkiye’deki hastane öncesi ASH y¼netimi İASB tarafından s¼rd¼r¼lmektedir.

İASB, il bazında ambulans hizmetlerinin y¼netim, kontrol, denetim ve ayrıca bu hizmet içerisindeki kurumlar arası eŐg¼d¼m¼ sağlar. KKM ve istasyonlar İASB’ye bağlı olmakla birlikte burada g¼rev yapan personellerin hizmet içi eğitimleri, sevki ve idaresinden, tüm ekipmanların tedariği, giriş, kayıt ve bakımlarından sorumludur (Sağlık Bakanlığı, 2000).

- *1. Komuta kontrol merkezi (KKM). İASB’nin y¼netiminde alıŐan KKM; kendisine ulaşan acil sağlık çağrılarını değerlendirerek olay yerine en uygun ekibi y¼nlendiren, tüm verileri kayıt altında tutan, tüm ambulans t¼rlerinin sevk ve idaresini gerçekleştiren, hastaneler arası koordinasyonu sağlayan, gerekli ve olağandışı durumlarda kurumlarla işbirliği içerisinde çalışan bir birimdir. KKM’ler yeterli sayıda personel, donatım ve fiziki yapı unsurlarının b¼t¼nl¼đ¼yle kurulurlar. Fiziki yapının g¼ncel teknolojik altyapıya uygun, tüm afet çeŐitlerine dayanıklı olması temel alınmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2000).*

- *2. Acil sağlık hizmetleri istasyonu (ASHİ). 112 ASHİ, KKM’lere ulaşan acil sağlık çağrılarının telsiz veya telefon ile bildirildiği, hazır durumda bekleyen personel, ambulans ve*

ekipmanların bulunduğu birimlerdir. ASHİ, alanda topluma acil bakım hizmeti sağlamak ve tıbbi girişimler sağlamak amacıyla il müdürlüğünün teklifi ve valiliğin onayı sonucunda kurulurlar. Fakat, ihtiyaç durumunda il sınırları dışında da valiliğin teklifi üzerine SB'nin de onayı sonrasında ASH istasyonu kurulabilir (Sağlık Bakanlığı, 2000).

Ambulans istasyonu, KKM'ye bağlı bir şekilde çalışan personel ve ambulansın bekleme noktasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2006). Ülkemizde 2016 yılı sonu itibari ile ASH istasyon sayısı 2400'e ulaşmıştır. Gün geçtikçe bu sayı artarak devam etmektedir (SAGM, 2017). Ambulans istasyonları bölgenin coğrafi özellikleri, vaka yoğunluk durumları gibi çeşitli sebeplerle ilin önemli noktalarında konuşlandırılmaktadır.

- *a. İstasyon tipleri ve fiziksel özellikleri.*

İstasyonlar A1, A2, B1, B2 ve C tipi olarak beşe ayrılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2000):

- *a.1. A tipi istasyonlar.* 24 saat kesintisiz bir şekilde hizmet vermektedirler. İhtiyaç hâlinde bu istasyonlarda daha fazla ambulans ve ekip bulundurulmaktadır. Başhekimlik bünyesindeki A tipi istasyonlarda kadrolu personeller çalışmaktadır. Bu tip istasyonların açılış ve kapanışı işlemlerinin gerçekleştirilebilmesi için Bakanlığın onayı gerekmektedir.

A1 tip istasyon, ekip bünyesinde doktor bulunmaktadır.

A2 tip istasyon, ekip bünyesinde doktor bulunmamaktadır.

- *a.2. B tipi istasyonlar* .“Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi kuruluşları ile entgre bir biçimde kesintisiz olarak hizmet vermektedirler”.

B1 tip, hastane acil servisleri ile bütünleşik olarak çalışmaktadır.

B2 tip, birinci basamak sağlık kuruluşları ile bütünleşik olarak çalışmaktadır.

- *a.3. C tipi istasyonlar.* İhtiyaç duyulduğu takdirde günün belirli saatlerinde ve sadece ambulans hizmetinin verildiği istasyonlardır. Bu istasyonlar özlük ve idari haklar açısından başhekimliğe bağlıdır.

▪ *b. Ambulanslar ve özellikleri.* Ambulans; hasta nakli veya acil yardım hizmeti sunabilmek için kullanılan, gerekli görülen her türlü araç-gereçle hususi olarak teçhiz edilmiş ulaşım araçlarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Ambulanslar KKM tarafından aktive edilerek hastane dışındaki hasta ve/veya yaralının bulunduğu olay yerinden hastaneye taşınmasını sağlayan araçlardır. Bu araçlar hastalık ve yaralanma hâllerinde Temel ve İleri Yaşam Desteği verebilmek amacıyla özel ve tıbbi malzemeler ile donatılmış olup, kendisine özgü uyarıcı ve haberleşme ekipman cihazlar ile özelleştirilmiştir. Çeşitli yasa ve yönetmelikler dahilinde ambulansların standartları belirlenmiş ve sınıflara ayrılmıştır. Ayrıca ambulansların trafik kazalarına karışma oranları değerlendirildiği zaman, diğer araçlara göre daha sık kazaya karıştıkları veya kazaya sebep oldukları görülmektedir (Karcıoğlu ve Yıldırım, 2006).

Ülkemizde 2016 yılı sonu itibari ile 112 ambulans sayısı 4.840'a çıkarılmıştır. Ayrıca ambulans başına 16.491 kişi ve 1.028 vaka düşmektedir (SAGM, 2017).

Tablo 1

Türkiye'de Yıllara Göre 112 Acil Yardım Ambulansı Sayısı ile Ambulans Başına Düşen Nüfus ve Vaka Sayısı

YIL	2002	2012	2013	2014	2015	2016
112 Acil Yardım Ambulansı Sayısı	618	3.346	3.357	3.740	4.237	4.840
112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus	106.809	22.602	22.838	20.774	18.584	16.491
112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Vaka Sayısı	796	1.734	1.769	1.842	1.855	2.073

Kaynak: (SAGM, 2017). Erişim

(<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>)

Ulaşım yöntemine göre ambulanslar; kara, hava ve deniz ambulans aracı olacak şekilde sınıflandırılır.

- *b.1. Kara ambulansları.* Ülkemizde birçok hasta ve yaralıya kara ambulansı ile müdahale edilmekte olup, hava ve deniz ambulansları ise sadece ihtiyaç hâllerinde kullanılmaktadır.

Acil Yardım Ambulansı: Hasta veya yaralılara hem olay yerinde hem de ambulans içerisinde acil müdahale sağlayabilecek yeterli tıbbi ve teknik donanımın bulunduğu araçtır.

Hasta Nakil Ambulansı: Hasta veya yaralılara acil müdahalenin gerekmediği, sadece nakil amacı ile kullanılan, içerisinde en az bir sağlık personelinin ve yeterli tıbbi ve teknik donanımın bulunduğu araçtır.

Yoğun Bakım Ambulansı: Hastaları nakil ederken ileri düzeyde izleme ve tedavi işlemlerinin yapılabildiği, yeterli tıbbi ve teknik donanımın bulunduğu araçtır.

Özel Donanımlı Ambulanslar: Hizmet sunduğu coğrafyanın niteliği ile transferini sağladığı hasta ya da yaralıların tıbbi, fiziki ve yaş özellikleri açısından özel bir şekilde tasarlanan, içerisinde ekipman ve personelin bulunduğu araçlardır.

- *b.2. Hava ambulansları.* Hasta nakil işlemlerinin daha hızlı ve acil tıbbi girişimlerin zamanında yapılabilmesi için kullanılan, ulusal sivil havacılık yetkili birimlerinden gerekli izinler alınarak kalkış yapan ve yeterli tıbbi malzemenin bulunduğu uçak veya helikopterlerdir.

- *b.3. Deniz ambulansları.* Çalışma izni Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığında alınarak hasta nakil ve acil müdahale işlemlerini gerçekleştiren, gerekli tıbbi ekipmanların bulunduğu deniz araçlarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

- *c. Hastane öncesi alanda çalışan acil yardım personeli.* 2007 yılında ASHY'de yapılan değişiklik ile birlikte ATT ve AABT görev, yetki ve sorumlulukları tayin edilmiştir (Düzova, 2015). ASHİ'de çoğunlukla ATT, AABT, hekimler ve ambulans şoförleri bulunmaktadır. Bazı istasyonlarda ATT ve AABT'ler ambulans şoförü olarak görev yapmaktadır (Koç, Babayigit, ve Esen, 2016).

▪ *c.1. Hekim.* Ambulans içerisinde görevli hekimler acil sağlık hizmeti verebilecek beceriye sahip olmalıdır. 24 saat esasına göre hizmet veren doktorların nöbet aralıkları en az 48 saat olarak düzenlenmelidir. Hasta ve yaralıların veri kaydını alma, çağrılarını değerlendirme, ambulans personelleri ile ilgili eğitim hizmetlerini düzenleme hekimlerin görevleri arasındadır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

▪ *c.2. Acil tıp teknisyeni (ATT).* ASHY'nin 28. maddesinin b fıkrasında ATT'lerin tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları; intravenöz girişim, oksijen ve endotrakeal entübasyon tatbiki, uygun taşıma yöntemlerini bilerek uygulama yapmak, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilize etmek, basit kanama yoklaması ve yara kapatmak, temel yaşam desteği adımlarını takip etmek ve uygulamak, anında tam ve yarı otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak, hastayı nakil edebilmek için travma stabilizasyonu yapmak gibi.

ATT'ler yukarıda belirtilen yetkilerini sadece hastane öncesi sahada hizmet veren doktorlu ve/veya AABT'nin bulunduğu acil hizmet araçları ve ambulanslar, doktor veya AABT olmayan hasta nakil ambulansları ile çalışırken, eğitim programları doğrultusunda faaliyet gösterebilirler (Sağlık Bakanlığı, 2009).

▪ *c.3. Ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT, Paramedik).* ASHY'nin 28.maddesinin a fıkrasına göre AABT'lerin tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları şu şekildedir; intravenöz tedavi, hastaneye nakledilinceye dek travma stabilizasyonuna sağlamak ve acil tıbbi ilaçları kullanmak, nakle hazırlanması için travma stabilizasyonu yapmak kardiyo-pulmoner resüsitasyon(KPR), hastayı monitörize etmek ve defibrile etmek, oksijen ve endotrakeal entübasyon tatbiki, uygun taşıma tekniklerini bilerek uygulama yapmak, , kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilize etmek, basit kanama yoklaması ve yara kapatmak, ani doğum durumunda destek olmak gibi.

AABT'ler yukarıda belirtilen yetkilerini sadece hastane öncesi sahada hizmet veren doktorlu ve/veya AABT'nin bulunduğu acil hizmet araçları ve ambulanslar, doktor veya

AABT olmayan hasta nakil ambulansları ile çalışırken, eğitim programları doğrultusunda faaliyet sürdürebilirler. Bu yetkilerini ambulans ve acil hizmet araçları haricinde, doktorların sözlü ya da yazılı direktifi ve onayı olmadan uygulayamazlar (Sağlık Bakanlığı, 2009).

- *c.4. Sürücü (Şoför).* Şoför, kullanacağı araç için gerekli olan sürücü belgesini ve temel ilkyardım eğitimi sertifikasını almış olan personeldir. Ambulans sürücülük görevini öncelikle ATT ya da zorunlu ise AABT gerçekleştirebilir (Sağlık Bakanlığı, 2006). İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesinin 12. ve 15. maddelerinde sürücülerin görev ve sorumlulukları belirtilmektedir.

Türkiye’de afetlerde acil sağlık hizmetleri.

Afet birimi. Afet birimi illerde şube müdürlüğü bünyesinde kurulur. Afet birimi, sürekli statüde çalışan UMKE personelinin sorumluluğu altındadır. Birim il sağlık acil yardım planlarının hazırlanması ve denetimi, afet deposunun planlanarak gerekli malzemelerin temini, depolanması ve ayrıca sevkiyatı, herhangi bir afet ve acil durumda diğer kurumlar arası iletişimi sağlayacak iletişim malzemesi ve veri işlemleri gibi işlerden sorumludur. Ayrıca ildeki UMKE timlerini oluşturarak eğitim, tatbikat çalışmalarının düzenlenmesi gibi operasyon yönetimini sağlamaktadır (TSHGM, 2010).

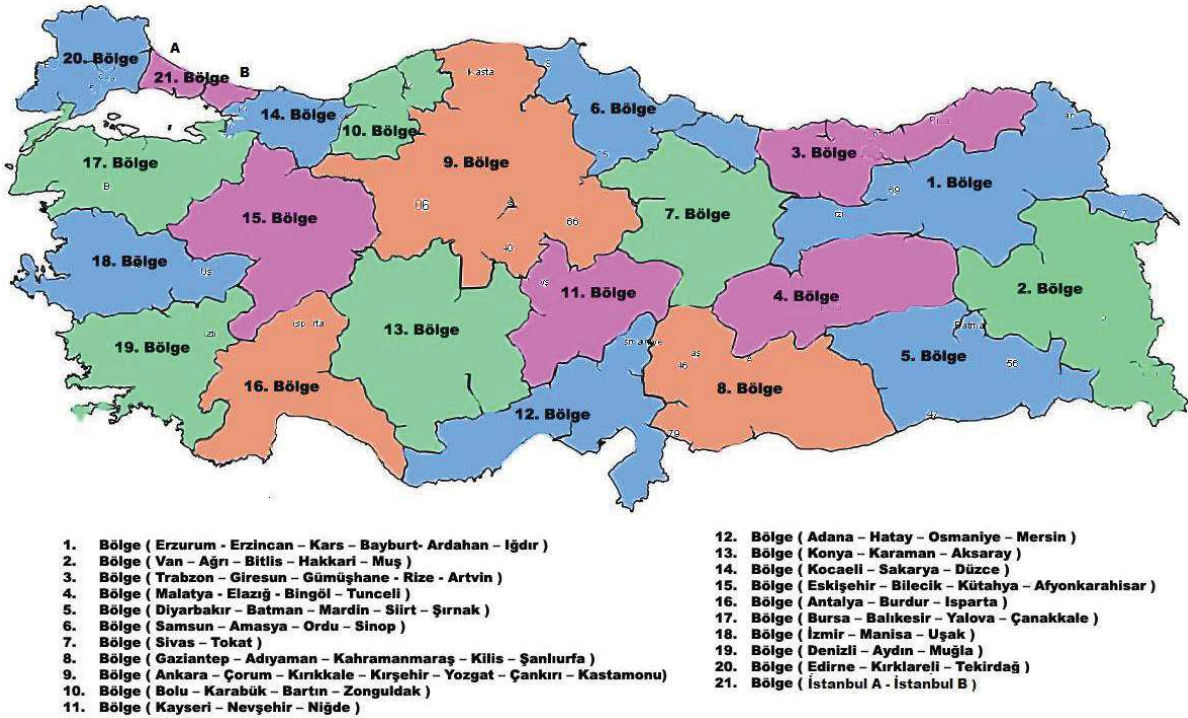
UMKE (Ulusal medikal kurtarma ekibi). UMKE, almış oldukları eğitimler ışığında afet ya da acil durumlarda kazazedelere olay bölgesinde hızlı bir şekilde tıbbi müdahale uygulayarak kurtaran, olay yeri yönetimi, triaj, haberleşme, nakil ve veri kayıt işlemlerini yürüten ekiptir (TSHGM, 2010).

UMKE'nin tarihçesi. UMKE, ülkemizin 17 Ağustos 1999 ve 12 Kasım 1999 senelerinde yaşamış olduğu büyük, şiddetli ve yıkıcı depremlerin ardından SB bünyesinde afetzedelere etkin ve hızlı bir şekilde ulaşarak, ölü ve yaralıların sayısını minimuma çekmek amacı ile 2004 yılında kurularak faaliyet göstermeye başlamıştır. Ayrıca UMKE'nin, 81 ilin

21 farklı bölgesinde ortalama 7500 çalışanı ile 24 saat kesintisiz hizmet verebilme imkânı bulunmaktadır (UMKE, 2013).

Deprem sırasındaki ölümlerin %80'inin ilk birkaç saatte meydana geldiği düşünülmektedir. Doğru ekip ve müdahale yöntemlerinin bu noktada önemli olduğu görülmekle birlikte bu iş için özel eğitim almış ve donatılmış olan UMKE timi göz önüne çıkmaktadır. Oluşumu canlı tutmak amacıyla ülkemizde her sene belirlenen bir ilde UMKE tatbikatları düzenlenmektedir (UMKE, 2018).

Acil sağlık hizmet bölgelerinde SB'nin makam oluru ile birlikte değişiklik yapılmıştır. Öncesinde Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü(TSHGM) teşkilatındaki UMKE, 112 ASH ve Eğitim olarak 3 farklı nokta bazında sürdürülmekteyken bu makam olur ile birlikte ASHGM görev tanımında yer alan görevlerin daha kaliteli ve etkin bir biçimde işleyebilmesi amacı ile 21 bölge koordinatörlüğü olarak yeniden yapılandırılmıştır (UMKE, 2012).



Şekil 8. ASH Bölgeleri. Erişim

(<https://www.saglikaktuel.com/d/file/ashbolgeler.png>)

UMKE'nin görevleri. UMKE'nin görevleri aşağıdaki şekildedir (UMKE, 2016):

- ✓ Almış oldukları eğitimler ışığında yeterli ekipman donanımı ile kazazedeye olay yerinde tıbbi müdahale uygulamak ve kurtarmak,
- ✓ Kurtarılan kazazedeleri naklini sağlayacak olan ambulans, nakil aracı ve görevlilere teslim etmek,
- ✓ Afet ve olağandışı durumlarda diğer ekiplerin yetersiz kalması hâlinde destek sağlık hizmeti vermek,
- ✓ Olay yeri sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, nakil hazırlığı, triaj uygulaması, tıbbi müdahale, veri kaydı ve haberleşme işlemlerini yürütmek,
- ✓ Afet birimi ve diğer yerler ile iletişimin kurulması,
- ✓ Kurum ve kuruluşlar ile koordineli çalışma,
- ✓ İhtiyaç hâlinde yurtdışı sağlık hizmetlerinde faaliyet göstermek.

UMKE'nin afet ve olağandışı durumlara müdahalede prosedürleri.

- ✓ Afet ve acil durum olayı hakkında bilgi alınır alınmaz bilginin gerçekliği teyit edilir, bilgi ilgili birimlere ulaştırılır, müdahale planı oluşturularak birim sorumlusu personel ile koordineli olarak olay bölgesine intikal edilir.
- ✓ Afet ve acil durum alanlarındaki duruma göre gerek duyulan ihtiyaçların müdürlükçe sevk ve tedariki sağlanır.
- ✓ Olay bölgesindeki ihtiyaçlar, çözülmeyi bekleyen problemler ve yapılması gereken işlemler tim lideri vasıtası ile UMKE operasyon liderine ve oradan olay yeri sağlık yöneticisine bildirilir.
- ✓ Olay yerinde triaj, tıbbi girişim, sevk hazırlığı, iletişim ve veri kayıt işlemlerini yürütür.
- ✓ İlgili birimlere, olay yeri ve bu alanda sürdürülen çalışmalar hakkında raporlama yapar.
- ✓ Araç-gerecin lojistik kontrolü ve bakımını sağlar, sonraki olaylar için ihtiyaç duyulacak ekipmanları stok eder ve hazır hâlde bulundurur (TSHGM, 2010).

SAKOM (Sağlık afet koordinasyon merkezi). Afet ve acil durumların üst yönetimini sağlayan, kriz merkezi ve masalarını yönlendiren, diğer afete müdahale kurumları ile koordinasyon sağlayan ve 24 saat kesintisiz hizmet vererek kriz yönetimini üstlenen bir birimdir (Altuntaş, 2014).

Arama kurtarma örgütleri.

Dünya'daki arama kurtarma örgütleri.

Küresel afet alarm ve koordinasyon sistemi (GDACS). Birleşmiş Milletler(BM) bünyesinde oluşturulan kolektif bir bütündür. Dünya genelindeki afet sorumlularını ve bilgi bankalarını kapsamakta olup büyük ve şiddetli afetlerden sonraki ilk safhada veri ve işbirliği eksikliğini tamamlamayı hedeflemektedir. GDACS internet tabanlı afet veri bankalarına ve ilgili koordinasyon araçlarına anlık bilgi sunmaktadır.

GDACS'in sekreterliği görevi OCHA-Cenova'daki The Association of Computer Science Undergraduates(ACSU)'e aittir. GDACS, büyük afetler sonrasında üyelerine otomatik SMS ve e-posta uyarı bildirimleri ve etki tahminleri göndermektedir. Bu uyarı ve etki tahminlerini Avrupa Komisyonu Ortak Araştırma Merkezi yönetmektedir. Ayrıca GDACS, afet haritalarının ve uydu görüntülerinin hazırlanması ve yayılmasını da sağlamaktadır. Bu hizmet ise UNITAR Operasyonel Uydu Uygulamaları Programı (UNOSAT)'ın kontrolü altındadır. Pek çok hükümet ve afet müdahale birimleri uluslararası yardım hazırlık ve planları konusunda GDACS'ın sunduğu uyarı ve etki tahminlerini dikkate almaktadır (OCHA, 2015).

Uluslararası arama kurtarma danışma grubu (INSARAG). Mensup olunan ülkelerin kamusal afete müdahale birimleri aracılığı ile çeşitli arama kurtarma faaliyetlerinin sürdürüldüğü Sivil Toplum Kuruluşları(STK)'nın yer aldığı bir sistemdir. Bu ağın temel amacı, ihtiyacı olan bölgeye hızlı bir şekilde üyelerini ulaştırmak ve aktif bir çalışma faaliyeti göstermeleri için gerekli işbirliğini sağlamaktır.

Uygulanan testler sonucunda INSARAG standartları temelinde arama kurtarma ekipleri ‘ağır ölçekli’ ve ‘orta ölçekli’ arama kurtarma ekipleri olarak sınıflara ayrılmaktadır. INSARAG’ın Amerika’da 7, Asya ve Pasifik’te 12, Afrika, Avrupa ve Ortadoğu’da ise 32 ülkede aktif 7369 personeli ve 81 üyesi bulunmaktadır (AFAD, 2018).

Ulusal arama ve kurtarma birliği (NASAR). Arama ve kurtarma faaliyetlerindeki bütün görevli gönülleri bünyesinde toplamış ve 1972’den bugüne sürekli büyüyerek hizmet vermeye devam etmektedir. NASAR tarafından verilen kurs, sertifika ve yayınlarda NFPA, ASTM, DHS, FEMA vb. önemli kuruluşların belirlemiş olduğu standartları dikkate alır (NASAR, 2018).

Japonya özel kurtarma ekibi (SRT). Kıyı Güvenliği konusunda faaliyet gösteren Japonya’nın en önemli arama-kurtarma birimidir. Afet ve/veya deniz facialarında hizmet vermek için 1975 yılında kurulmuştur. 1986 yılında ise Haneda Şehri Özel Kurtarma İstasyonuna geçirilmiş ve kalıcı olarak konumlanmıştır. SRT, ülke genelinde arama ve kurtarma faaliyetlerini gerçekleştirmek üzere özel bilgi ve becerilere sahip üyelere oluşmaktadır (Günaydın, Tatlı ve Genç, 2017).

Türkiye’deki arama kurtarma örgütleri.

Türk silahlı kuvvetleri(TSK). TSK’nın organizasyon yapısı, elindeki ekipmanları ve donanımlı personelleriyle tüm birliklerini gerekli hâllerde çeşitli arama-kurtarma çalışmasında işbirlikçi ve aktif olarak kullanılabilir olanak ve yeteneği barındırmaktadır. Ayrıca içerisinde arama ve kurtarma konusunda üst düzey donanım ve bilgiye sahip timler bulunmaktadır (Kadıoğlu, 2015).

Afet ve acil durum yönetimi başkanlığı (AFAD). Afet, olağandışı ve acil vakalarda çeşitli görev ve sorumluluğa sahip yetkili kurumdur. Afet ya da olağandışı acil durumun özelliği ve etkisine göre Su İşleri, Dış İşleri, Sağlık, Orman ve Genelkurmay Başkanlığı gibi

bakanlıklar ile, ihtiyaç hâlinde STK'ları ile işbirliği içerisinde koordineli bir şekilde çalışmalarını yürütmektedir (AFAD, 2019a).

Emniyet genel müdürlüğü (EGM). Afet, olağandışı ve acil vakalarda ihtiyaç duyulan arama kurtarma faaliyetlerinden ziyade alanın ve arama-kurtarma ekiplerinin güven altına alınması, asayişin sağlanması, enkaz bölgelerine ulaşım sağlanan yol tedbirlerinin alınması, yağmaları önleme çalışmalarının yapılması, arşivlerin güvenliğinin sağlanması, devlet dairelerinin, kültürel ve tarihi sahaların güvende tutulması vb. birçok görevi vardır (Kadıoğlu, 2015).

İtfaiye teşkilatı. İtfaiye örgütünün yangın ile mücadele faaliyetlerinde ana ilkesi; can kurtarmak, ekonomik hasara sebep olabilecek unsurları önlemek ve çevreyi kontrol altına almaktır. Yangınla başa çıkmanın yolları; kurtarma, koruma, önleme, yangının kontrolü ve malları korumadır. Bu ana yollardan sonra yangını söndürme, ortamın havalandırılması, çevrenin bakım-onarımı gelmektedir. Daima öncelik arama ve kurtarmadır. Bu görevler haricinde, birçok patlama, kaza ve mahsur kalma gibi teknik beceri isteyen arama-kurtarma çalışmasına ihtiyaç duyulan vakalarda da görev almaktadırlar. Su altı ve üstünde, sahada arama ve kurtarma çalışmalarının yanı sıra ilk yardım eğitimi gibi hizmetler de verilmektedir (Kadıoğlu, 2015).

Kızılay. Kızılay'ın görevleri; acil gıda takviyesi ve barınma alanı, acil sağlık, yardım ve psiko-sosyal destek, kan ve/veya kan ile ilgili ürünler konularında çalışmalar yapmaktır (Kadıoğlu, 2015).

Sahil güvenlik komutanlığı. 1982 yılında faaliyete geçmiştir. Çeşitli aşamaların ardından sorumluluklarını en verimli şekilde yerini getirilebilmesi amacı ile kuruluş şemasında değişiklikler gerçekleşmiş ve 1982'nin Ekim ayında "Sahil Güvenlik Marmara ve Boğazlar Komutanlığı" kurulmuştur (Günaydın ve ark., 2017).

Arama kurtarma derneği (AKUT). Arama Kurtarma Derneği bir grup dağcı tarafından 1995 yılında kurulmuştur. Resmi kuruluşunu ise “AKUT Arama Kurtarma Derneği” ismi 1996 yılında gerçekleştirmiştir. 1999 senesinden beri BM’nin çatısı altındaki INSARAG’ın üyesi durumundadır. INSARAG ölçütleri gereğince “orta ölçekli arama kurtarma birimi” sınıfındadır ve ülke çapında 36 ekip ile hizmet sunmaktadır (AKUT, 2019).

GEA (Toprak ana) arama kurtarma ekibi. Aktiffelsefe Kültür Derneği çatısında altında 1994 yılında kurulmuştur. 1999 yılından beri INSARAG üyesi olan, tümünü gönüllülerin oluşturduğu arama kurtarma, sosyal faaliyetler ve ekoloji ekibidir. GEA, afet ve acil durumlarda göçük altındaki insanlara ulaşmada arama kurtarma faaliyetlerini sürdürmekte olup gerekli durumlarda afet bölgelerine hem tıbbi hem de insani yardım desteği sağlamaktadır (GEA, 2019).

Ulusal medikal kurtarma ekibi (UMKE). Yerel ve ülke çapındaki çeşitli afet ve acil vakalarda afet mağdurlarına tıbbi destek sağlamak ve kurtarma çalışmaları yapmak üzere kurulmuş, nitelikli ekipman ve eğitimleri olan, tümünün sağlık personeli olduğu ekiptir. Diğer ekipler ile kıyaslandığında temel farklılıkları, SB destekli olması ve tamamının gönüllü sağlık personellerinden oluşmasıdır (Günaydın ve ark., 2017).

İlgili araştırmalar. Bu başlıkta, araştırmamıza konu olan sağlık personellerinin afete hazır olma durumu ve hazırlık algı düzeyleri ile ilgili gerçekleştirilmiş benzer çalışmalara yer verilmiştir. alışmalar günümüzden geçmişe olacak şekilde kronolojik sıralama takip edilerek ve önemli noktalarına değinilerek sunulmuştur.

şen ve Ersoy (2017), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki afet ekibi personellerinin hastane afet planı ile ilgili bilgi düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemeyi hedeflemişlerdir. Çalışmaya katılım gösteren 140 personelin çoğunluğu erkek ve hastane afet planı hakkında bilgi düzeyi düşük olduğu saptanmıştır. Daha önceden eğitim ve tatbikat çalışmasına katılan personelin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüş, bu sebeple daha fazla eğitim ve tatbikat faaliyetlerinin planlanması gerektiği önerilmiştir.

Taşkıran (2015), hemşirelerin afetler ile ilgili bilgilerini, tecrübelerini, eğitim ihtiyaçlarını ve kendilerini afetlere karşı hazırlıklı görme düzeylerini belirlemeyi hedeflemiştir. İzmir'deki bir kamu niversitesi hastanesinde görevli hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında, 1236 kişilik evren içerisinden 406 personel çalışmaya katılım göstermiştir. Toplanan veriler ve yapılan analizler neticesinde personelin çoğunluğunun kadın, lisans mezunu, servis hemşiresi ve 2-4 yıllık iş deneyimine sahip olduğu grlmştir. Hemşirelerin çoğunluğu kendisini daha çok afet sonrası dönemde görevli grmştir. Ölçekten elde edilen verilere göre toplam algı puanının orta seviyede olduğu, en yüksek alt boyut madde puan ortalamasına ise 'Teknik Beceriler'in sahip olduğu grlmştir. Afetlere hazır oluşluluk algısını yaş, iş deneyim süresi, görevi ve daha önceden afetle karşılaşma durumunun etkilediğini saptamıştır.

Tercan (2015), Gümüşhane'deki Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı üç hastanede görev yapan hemşireler üzerinde gerçekleştirilen araştırma ile hemşirelerin afetlere hazır olma durumlarını ve hazırlık algılarını tespit etmeyi hedeflemiştir. Araştırmanın evrenini 226 personel oluşturmuş, 171 hemşireye ulaşmıştır. Veri toplama araçları olarak kişisel bilgi

formu ve HAHAÖ kullanılmıştır. Hemşirelerin çoğunluğunun afeti “deprem, heyelan, toprak kayması” olarak gördüğü belirlenmiştir. Personelin afetin hazırlık evresindeki algı düzeylerinin yüksek, müdahale ve afet sonrasında ise orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Personelin afet tatbikatına katılma ve hangi klinikte çalışma durumunun afete hazırlık algısı üzerinde etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Çelebi (2014), Kayseri’deki 112 KKM ve ASHİ’de görevli çalışanların deprem bilgi seviyesi, depreme hazırlık durumları ve bunlar üzerinde etkisi olan faktörleri belirlemeyi hedeflemiştir. Araştırmaya evreni temsil eden 183 personelden 179 tanesi katılım göstererek evrenin %97.8’ine ulaşılmıştır. Personelin çoğunluğunun 25-29 yaş aralığında, kadın, lise mezunu ve ATT olduğu görülmüştür. Yapılan analizler neticesinde, personelin afet ile ilgili bilgi düzeylerinin ve depreme karşı hazırlık durumlarının çok düşük olduğu görülmüştür. Daha önceden herhangi bir deprem eğitimi alan personelin afet ve olağan dışı olaylar ile ilgili bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gerekli eğitim ve tatbikat çalışmalarının planlanması önerilmektedir.

Özcan (2013), hemşirelerin afete hazırlık algı düzeyini ve hazırlıklı olma durumlarını belirleyerek bunların üzerinde etkiye sahip olan etkenleri tespit etmeyi ve hemşireler için kullanılabilir Afete Hazırlık Algısı Ölçeği geliştirmeyi hedeflemiştir. Araştırmaya %97.2 (486)’sinin kadın olduğu 500 hemşire katılım göstermiştir. Personelin çoğunluğu kendini afetlere karşı ‘Kısmen Hazır’ olarak görmesine rağmen afetin hazırlık evresindeki algı düzeylerinin yüksek, müdahale ve afet sonrasında ise orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Afete hazırlık algısı üzerinde mesleki deneyim süresinin, unvan durumunun, eğitim alma durumu ve alınan eğitimin içeriğinin, afet planından haberdar olma ve tatbikata katılma durumunun etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Çelikli (2010), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ndeki afet yönetimi ekibine afet ve acil durumlar olaylarına karşı hazırlıklı olma eğitiminin verilmesini, masa başı

tatbikatların yapılmasını ve değerlendirilmesini hedeflemiştir. Ön test-son test uygulaması gerçekleştirilen çalışmaya 32 kişi katılım göstermiştir. Katılımcıların çoğunluğunun erkek, 40-49 yaş aralığında, lisans mezunu ve idari personel olduğu görülmüştür. Verilen eğitim sonucunda katılımcıların hastane afet yönetimi ile ilgili bilgi düzeyinde artış meydana geldiği belirlenmiştir. Bu eğitim planlamasının yinelenmesi ve tüm birimler ile eşgüdümün yapılması önerilmektedir.

Çelik (2010), Türk Kızılayı'nda görevli hemşirelerin afetlere karşı hazıroluşluk durumlarını saptamayı hedeflemiştir. Çalışmaya katılım gösteren personele anket formu ve ölçek sunulmuştur. Personelin çoğunluğunun kadın, 1-10 yıllık iş tecrübesine sahip ve lisans mezunu olduğu görülmüştür. Hemşirelerin çoğunluğunun kendisini daha çok afet sonrası dönemde görevli gördüğü saptanmış, bundan dolayı personelin afet öncesi dönem hakkında çeşitli eğitimlere gereksinimi olduğu belirtilmiştir. Personelin kendilerini afetlere karşı hazırlıklı hissedebilmek için en çok 'Afet Yönetimi', 'İlk Yardım' ve 'Temel Yaşam Desteği' gibi eğitimlerin alınmasını gerekli gördükleri tespit edilmiştir. Hemşirelerin kendisini afetlere karşı "orta" düzeyde hazır gördüğü ve "yardımla yapabilir ve yapabilir" olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

Fung, Loke ve Lai (2008), Hong Kong hemşirelerinin afete hazır olma durumlarını araştırmayı hedeflemişlerdir. Veriler, Hong Kong üniversitesi yüksek lisans programlarında öğrenim gören lisanslı hemşirelerden toplanmıştır. 174 kişilik evren içerisinde 164 (%94) hemşireye ulaşılmıştır. Katılım gösteren hemşirelerin çoğunluğunun kadın, bekar, 26-35 yaş aralığında, 1-5 yıllık mesleki deneyim süresi ve lisanslı hemşire olduğu görülmüştür. Hemşirelerin birçoğu afet planından haberdar olmasına rağmen neredeyse tamamına yakınının kendisini afetlere karşı hazır hissetmediği saptanmıştır. Hemşireler bu eksiklikten dolayı, kendilerine afetler ile ilgili hizmet içi eğitimlerin verilmesinin ve tatbikat çalışmalarının düzenlenmesinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir.

Bölüm II: Yöntem

Bu kısımda; araştırmanın evren ve örnekleme, modeli, verilerin toplanması, verileri toplama aracı ve analizi gösterilmiştir.

Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, 112 ASHİ'de çalışan sağlık personelinin afetlerin çeşitli evrelerindeki hazırlıklı olma durumlarını ve hazırlık algısını belirlemeyi, ayrıca ilgili değişkenler arasındaki var olan bağlantıları üzerinde değişiklik yapmadan saptamayı ve alt gruplar arasındaki bağıntıların belirlenmesini hedeflemiş, bu anlamda nicel araştırma desenlerinden tarama modeli kullanılmıştır. "Tarama modeli çok yönlülüğü, verimliliği ve geliştirilebilir olması nedeniyle popüler bir araştırma yöntemi olarak kabul edilmektedir" (Tabuk ve Tabuk, 2018). Tarama modelinde, ulaşılması hedeflenen evren içerisinde seçilen bir örneklem üzerinde çalışma gerçekleştirilmektedir. Bu genel tarama modeli ile birlikte değişkenler arasında herhangi bir değişimin meydana gelip gelmediğini ve eğer bir değişim söz konusu ise bunun derecesini saptamayı hedefleyen ilişkisel tarama modeli de çalışma içerisinde kullanılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Balıkesir İSM bünyesinde hizmet veren 112 ASHİ'de çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Balıkesir ilinde 47 adet faal 112 ASHİ, 1 adet UMKE istasyonu, 1 adet motorize ekip istasyonu bulunmaktadır. Bu istasyonlara ek olarak il ambulans servis başhekimliği ve il ambulans servisi KKM görev yapanlarda dahil toplamda 561 adet sağlık ve 67 adet taşeron olmak üzere toplamda 628 personel bulunmaktadır. Çalışmaya katılım gösteren personel doktor, AABT, ATT, şoför ve sağlık memurundan oluşmaktadır. İl genelindeki faal istasyon ve personel sayısına Balıkesir İSM aracılığı ile ulaşılmıştır. Araştırmada Balıkesir 112 ASHİ'de görevli tüm personele ulaşmak hedeflenmiş olup 628 personelin 43 tanesine doğum, rapor, yıllık izin ve askerlik görevi gibi sebepler ile ulaşılamamıştır. Diğer 585 personel yapılan araştırma konusunda bilgilendirilmiş olup 368

tanesi çalışmaya katılım göstermeyi kabul ederek anket formunu doldurmuştur. Bir kısım personelin araştırmaya katılım göstermeme sebepleri arasında personelin yoğun iş temposu ve ilgi eksikliği gösterilebilir.

Tablo 2

Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Yaş	19-24	56	15.2
	25-34	207	56.3
	35-44	96	26.1
	45 ve üstü	9	2.4
Cinsiyet	Erkek	158	42.9
	Kadın	210	57.1
Eğitim Durumu	Lise	80	21.7
	Ön Lisans	165	44.8
	Lisans	114	31
	Lisansüstü (Yüksek Lisans, Doktora)	9	2.5
Meslek	ATT	189	51.4
	AABT(Pamedik)	125	34
	Şoför	40	10.9
	Diğer(Doktor, sağlık memuru ve diğer)	14	3.8
Mesleki Deneyim Süresi	0-5	112	30.4
	6-10	135	36.7
	11-15	106	28.8
	16 ve üzeri	15	4.1

Tablo 2'ye göre katılımcıların 210 kişi ile %57.1'i kadın, 158 kişi ile %42.9'u erkektir. Bu katılımcıların %56.3'ü 25-34 yaş, %26.1'i 35-44 yaş, %15.2'si 19-24 yaş ve %2.4'ü 45 ve üstü yaş grubundadır. Eğitim durumu göz önüne alındığında sayısı en fazla olan grup %44.8 ile ön lisans, en az olan grup ise %2.5 ile lisans üstü grubudur. Mesleki unvan durumuna göre %51.4'ü ATT, %34'ü AABT(Pamedik), %10.9'u şoför ve %3.8'i diğer

grubudur. Mesleki deneyim süresine göre %36.7'si 6-10 yıl, %30.4'ü 0-5 yıl, %28.8'i 11-15 yıl ve %4.1'i 16 ve üzeri yıl grubundadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Demografik Veri Formu ve Afete Hazırlık Algısı Ölçeği ile toplanmıştır. Ölçek ve formun uygulanabilmesi için gerekli etik kurul onayı, kurum izni ve yazar izni alınarak katılımcılara sunulmuştur.

Kişisel Bilgi Formu.

Demografik veri formunda, literatür taraması sonucunda 1 adet 'açık uçlu', 3 adet 'evet/hayır' ve 12 adet 'çoktan seçmeli' şeklinde toplamda 16 soru yer almaktadır. Bu form ile birlikte katılımcıların; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki unvan durumu, mesleki deneyimleri, herhangi bir afet eğitimi alma, gerçek bir afet durumunda veya tatbikatında görev alma, afetlere karşı dirençli olmak için hangi eğitimlerin alınması, afetin hangi evrelerinde personelin rolünün olması, afetlere kendilerini ve istasyonlarını ne kadar hazır hissettikleri ile ilgili görüşleri ortaya konmaya çalışılmıştır.

Afete Hazırlık Algısı Ölçeği. Çalışma içerisinde yararlanılan ölçek, Özcan (2013)'in yüksek lisans tez çalışmasında literatür taraması sonucunda ülkemizde hizmet veren hemşirelerin afetlere karşı kendilerini ne düzeyde hazır hissettiklerini saptamak için faydalanılabilecek bir ölçüm aracının olmadığını belirlemesi ve afetler konusunda önemli role sahip olan hemşirelerin hazırlık algılarının yüksek olması gerektiği, fakat kendilerini yetersiz görüyorlar ise bunun hangi düzeyde olduğunun belirlenmesi gerektiği düşüncesinden hareketle Fung, Loke ve Lai (2008)'nin ve Bond ve Tichy (2007)'nin hemşireler için geliştirmiş olduğu ölçeklerden faydalanılarak geliştirilmiştir.

"Hemşirelerde Afet Hazırlık Algısı Ölçeği" ilk başta 35 maddelik taslak şeklinde oluşturulmuş, 10 hemşireden alınan görüş ve öneriler sonucunda öncelikle 30 madde, daha sonra Türkçe dil uzmanı görüşüne binaen 24 maddeye düşürülmüştür. Taslak ölçek kapsam

geçerliliği için 6 uzman bilgisine başvurulmuş, uzmanlar ölçekteki her bir maddeyi ““ilişki, basitlik, açıklık, anlaşılabilirlik” bakımından 1-4 puan aralığında değerlendirmiştir “(1=konu ile ilişkili değil, 4=konu ile ilişkili; 1= basit değil; 4=çok basit; 1= açık değil; 4=çok açık, 1=anlaşılır değil;4=oldukça anlaşılır)”. Görüşler neticesinde basit düzeltmelere yapılmış, ölçeğin pilot uygulaması 20 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. Ölçeğe uygulanan geçerlik güvenirlik ölçümleri sonucunda güvenirlik ve iç tutarlılık düzeyini düşüren 4 madde tespit edilerek bu maddeler ölçekten çıkarılmış, madde sayısı 20’ye indirilmiştir.

Ölçek 3 başlık altında toplanmıştır:

Tablo 3

Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Soru Dağılımları

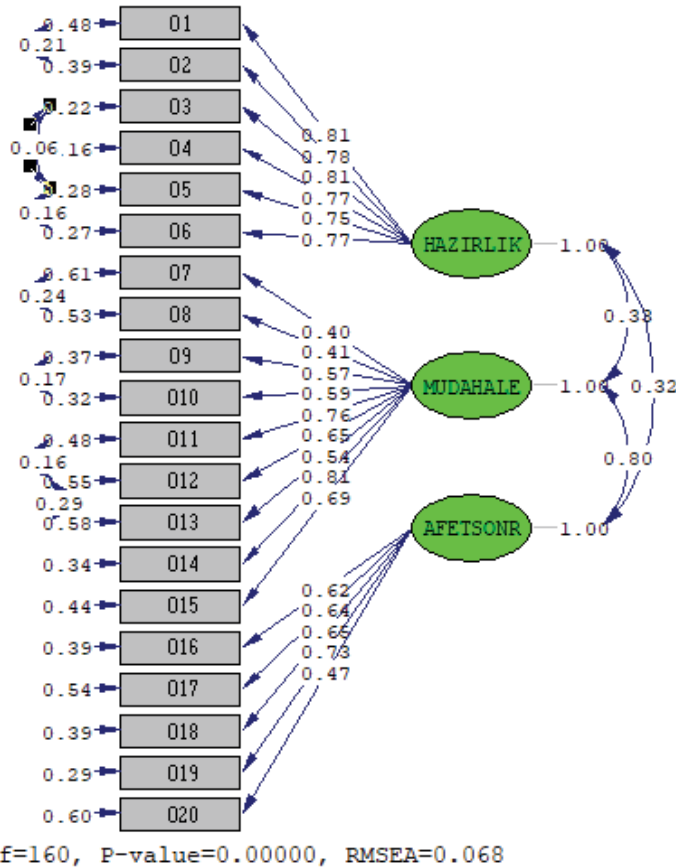
Afet Evreleri	Madde Numaraları
Hazırlık Evresi	1.2.3.4.5.6
Müdahale Evresi	7.8.9.10.11.12.13.14.15
Afet Sonrası Evresi	16.17.18.19.20

112 ASHİ’de çalışan sağlık personelinin afete hazırlık algı düzeylerini belirlemeye yardımcı olacak olan Afete Hazırlık Algısı Ölçeği 5’li Likert tipi 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek içerisindeki maddeler; “1- Kesinlikle Katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kısmen Katılıyorum, 4- Katılıyorum, 5- Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde sınıflandırılmış olup katılımcılardan kendilerine yakın gördükleri seçeneği işaretlemeleri istenmiştir. Ayrıca Afete Hazırlık Algısı Ölçeği içerisinde katılımcılara; afetin hazırlık, müdahale ve afet sonrası evresi ile ilgili sorular sorulmuştur.

Ölçeğin hazırlık evresi faktörünü oluşturan 1-6. soruların güvenirliği $\alpha=0.933$, müdahale evresi faktörünü oluşturan 7-15. soruların güvenirliği $\alpha=0.883$, afet sonrası evresi faktörünü oluşturan 16-20. soruların güvenirliği $\alpha=0.811$ ’dir.

İlk başta hemşirelerin afete hazırlık algı düzeylerini belirlemek için geliştirilen HAHAÖ'nün 112 ASHİ'de çalışan personel için de kullanılabileceğine dair yapı geçerliliği bu çalışmada yapılmıştır.

Afete Hazırlık Algısı Ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi. Bu araştırmada kullanılan AHAÖ'nün orjinal formu olan HAHAÖ'de aracın yapı geçerliliğine yönelik Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ile geçerlik çalışmaları yürütüldüğü için, sadece Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA, Confirmatory Factor Analysis) yapılmıştır. Model uyumunun testi için yapılan ilk DFA sonucunda elde edilen uyum indeksleri değerlerinin istenilen uyum değerleri arasında yer almadığı görülmüştür. Fakat elde edilen sonuçlar doğrultusunda modifikasyon indeksi değerleri incelendiğinde 1 ve 2, 3 ve 5, 5 ve 6, 7 ve 8, 9 ve 10, 11 ve 12, 12 ve 13. madde çiftleri arasında önemli bir korelasyon olduğu gözlenmiştir. Bu madde ikilileri arasında saptanan hata kovaryanslarının modele eklenerek tekrardan test edilmesi uygun görülmüştür. Kurulan ilişkiler ile tekrarlanan DFA sonucu diyagramı Şekil 9'da veri



Şekil 9. Tekrar Edilen Afete Hazırlık Algısı Ölçeğinin DFA Diyagramı

Tekrarlanan DFA sonucunda uyum indeksi değerleri $\chi^2=430.54$, $sd=160$, $RMSEA=0.068$, $RMR=0.048$, $SRMR=0.057$, $GFI=0.68$, $AGFI=0.86$, $CFI=0.97$, $NFI=0.96$ ve $NNFI=0.97$ olarak indeks değerleri saptanmıştır. Ki-Kare/serbestlik derecesi (χ^2/sd) oranı ise 2.69'tür. Modelin değerlendirilmesi için önerilen bazı uyum ölçütleri ve araştırmaya ilişkin uyum değerleri Tablo 4'de gösterilmektedir.

Tablo 4

Standart Uyum Ölçüleri ve Araştırmaya İlişkin Uyum Değerleri

Uyum Ölçütleri	En İyi Değerler	Kabul Edilebilir Değerler	Araştırmadaki AHAÖ ilişkin değerler
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 3$	2.69
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0.90
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0.86
RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0.068
RMR	$0.00 \leq RMR \leq 0.05$	$0.05 \leq RMR \leq 0.10$	0.048
Standardize RMR	$0.00 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0.057
CFI	$0.97 \leq CFI \leq 1.00$	$0.95 \leq CFI \leq 0.97$	0.97
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0.96
NNFI	$0.97 \leq NNFI \leq 1.00$	$0.95 \leq NNFI \leq 0.97$	0.97

Kaynak: (Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller, 2003)

“Alanyazında, DFA ile hesaplanan (χ^2/sd) oranının 3'ten küçük olması, modelin gerçek verilerle iyi uyumun bir göstergesi olarak görülebilmektedir”. Yapılan analizde (χ^2/sd) oranı ise 2.69 çıkmıştır. Bu oran faktör modelinin veriler ile iyi uyum gösterdiğine işaret etmektedir (Sümer, 2000; Şimşek, 2007). Fakat (χ^2/sd) değerinin modelin iyiliği konusunda tek başına yeterli olmayacağı düşünülmektedir (Kline, 2005). Bu sebeple, uyum indekslerinden RMR, RMSEA, SRMR, CFI, GFI, AGFI, NFI ve NNFI değerleri de dikkate alınmıştır. Tablo 4'de ve Şekil 9'da AHAÖ ile elde edilen verilere uygulanan DFA sonucunda

ortaya çıkan yapının toplanan veriler ile kabul edilebilir düzeyde uyum içinde olduğu görülmektedir.

Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin hazırlanması ve toplanabilmesi için gerekli etik kurul onayı, kurum ve yazar izinleri alınmıştır. İlgili izinler ekler bölümünde sunulmuştur. Ağustos 2018 - Eylül 2018 tarihleri arasında; tez çalışması ile ilgili gerekli açıklamalar ile birlikte anket formunun internet adresi Balıkesir 112 ASHİ’de çalışan sağlık personeline istasyonların posta sistemi üzerinden gönderilmiştir. Çalışmaya il genelindeki 47 adet faal 112 ASHİ, 1 adet UMKE istasyonu, 1 adet motorize ekip istasyonu, il ambulans servis başhekimliği ve ambulans servisi KKM görevli personel katılım göstermiştir. Fakat katılımın az olması sebebi ile birkaç kez belirli aralıklarla hatırlatma yapılmıştır. Toplamda elde edilen veri sayısı 368’e ulaşmış kalan diğer personele çeşitli sebepler ile ya ulaşılamamış ya da çalışmaya katılım göstermemişlerdir.

Verilerin Analizi

Bu çalışmada, Balıkesir 112 ASHİ personelinin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 16 soruluk kişisel bilgi formu ve afete hazırlık algılarını ölçmeye yönelik 20 maddeden oluşan ölçek kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu ve ölçek tek bir anket formu üzerinde katılımcılara sunulmuştur. Anket formu ile elde edilen tüm veriler bir istatistik paket programı veritabanı sistemine girilmiş ve verilerin analizi bu program aracılığı ile gerçekleştirilmiştir.

Öncelikle tüm değişkenlerin frekans(f) dağılımları ve yüzde(%) değerleri hesaplanmıştır. Araştırma ile ilgili gerekli diğer analiz ve karşılaştırmaların yapılabilmesi için sisteme işlenen ölçek verileri üzerinde normallik testi yapılmıştır. Ölçek verilerinin geneline ve incelenen değişkenlere göre, dağılımının normal ve homojen olmaması sebebi ile analizler parametrik olmayan “Kruskal Wallis H” ve “Mann-Whitney U” testleri ile incelenmiştir.

Ölçek maddelerinin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri tabloda gösterilmiştir. Cronbach Alpha katsayı ile ölçeğe dair iç tutarlılık ölçülmüştür. P değeri (olasılık değeri) 0.05 olarak kabul edilmiş olup anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Yapılan çoklu analizler sonucundaki farklılığa hangi grup ya da grupların sebep olduğunu saptamak için öncelikle Bonferroni düzeltmesi uygulanarak ardından ikili karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testleri uygulandı. Bonferroni düzeltmesi, anlamlılık düzeyinin karşılaştırılacak grup sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir (Yılmaz ve Ersoy, 2014b) Örneğin grup sayısının 3 olduğu bir karşılaştırmada anlamlılık 0.017 ($0.05/3$) düzeyinde test edilir.

Bölüm III: Bulgular

Bu başlık altında araştırma sonucunda elde edilen verilere ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizleri, istatistiksel çözümlmelerine ait bulguları araştırmanın hedef ve alt problemleri doğrultusunda ilgili tablolar halinde sunulmuştur.

Personelin Afet Kavramı İle İlgili Görüşüne Dair Bulgular

Tablo 5

Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afetin Tanımına İlişkin Görüşleri İle İlgili Frekans Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Afet Denildiğinde İlk Aklınıza Ne Gelmektedir?	Deprem, Sel, Heyelan, Çığ, Fırtına	360	97.8
	Trafik, Gemi, Uçak ve KBRN gibi Kazalar	5	1.4
	Savaşlar, Çatışmalar ve Terörist Eylemleri	3	0.8

Tablo 5'e göre katılımcıların %97.8'i afet kavramını "Deprem, sel, heyelan, çığ, fırtına", %1.4'ü "Trafik, gemi, uçak ve KBRN gibi kazalar" ve %0.8'i "Savaşlar, çatışmalar ve terörist eylemleri" olarak gördüğünü belirtmiştir.

Personelin Afet Eğitimi Alma Durumuna Dair Bulgular

Tablo 6

Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afet Eğitimi Alma Durumu ile İlgili Frekans Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Afet İle İlgili Herhangi Bir Eğitimi Aldınız mı?	Evet	194	52.7
	Hayır	174	47.3
Afet ile İlgili Nerede Eğitim Aldınız?	Sağlık Yüksek Okulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi (AYAY) Bölümü	80	21.7
	Sağlık Bakanlığının Verdiği UMKE Temel Eğitimi	71	19.3
	Mezuniyet Sonrası Özel Bir Kurs Programı	79	21.5
	Diğer	6	1.6
Aldığınız Afet Eğitiminin İçeriği	Teorik	92	46.5
	Teorik + Uygulama	106	53.5

Tablo 6'ya göre katılımcıların 174 kişi ile %47.3'ünün afet ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı, 194 kişi ile %52.7'sinin eğitim aldığı, eğitim alan bu kişilerin %21.7'sinin Sağlık Yüksek Okulu AYAY Bölümü'nde, %21.5'inin Mezuniyet Sonrası Özel Bir Kurs Programı'nda, %19.3'ünün Sağlık Bakanlığının Verdiği UMKE Temel Eğitimi'nde ve %1,6'sının diğer grubunda afet eğitimi aldığı tespit edildi. Eğitim alan personelin %46.5'inin teorik, %53.5'inin hem teorik hem de uygulamalı eğitim aldığı saptandı.

Personelin Afet Durumlarında Görev Alma Durumuna Dair Bulgular

Tablo 7

Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afet ve/veya Olağan Dışı Olayda Görev Alma Durumu ile İlgili Frekans Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Daha Önce Afet/Olağan Dışı Olayda Görev Aldınız mı?	Evet	154	41.8
	Hayır	214	58.2
Görev Aldıysanız Bu Afet/Olağan Dışı Olayın Türü Nedir?	Deprem	45	12.2
	Sel	29	7.9
	Yangın	57	15.5
	KBRN	10	2.7
	Toprak Kayması	6	1.6
	Maden Göçüğü	57	15.5
	Suda Boğulma	58	15.8
	Diğer	20	5.4

Tablo 7'ye göre katılımcıların %58'si daha önce afet/olağan dışı durumda görev almıştır. Bu personelin %15.8 ile en fazla suda boğulma ve %1.6 ile en az toprak kayması grubunda görev aldığı saptandı.

Personelin Afet Tatbikatında Görev Alma Durumuna Dair Bulgular

Tablo 8

Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afet Tatbikatı ile İlgili Frekans Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Daha Önce Afet Tatbikatına Katıldınız mı?	Evet	113	30.7
	Hayır	255	69.3
Evet İse Kaç Kere Katıldınız?	1-4	91	81.3
	5-9	11	9.8
	10 ve üzeri	10	8.9

Tablo 8'e göre katılımcıların %30.7'sinin daha önce afet tatbikatına katıldığı, bu katılımcıların %81.3'ünün 1-4 aralığında, %9.8'inin 5-9 aralığında ve %8.9'unun 10 ve üzerinde afet tatbikatına katıldığı saptandı.

Personelin Afet Öncesi, Sırası ve Sonrası Dönemlerde Kendisinin Rolüne İlişkin Görüşlerine Dair Bulgular

Tablo 9

Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afetin Çeşitli Dönemlerinde Kendilerini Görevli Görmeleri ile İlgili Frekans Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
112 Personelinin Afet Öncesi Dönemde Görevi Olduğunu Düşünüyor musunuz?	Var	264	71.7
	Yok	71	19.3
	Fikrim Yok	33	9.0
112 Personelinin Afet Sırasında Görevi Olduğunu Düşünüyor musunuz?	Var	330	89.7
	Yok	29	7.9
	Fikrim Yok	9	2.4
112 Personelinin Afet Sonrası Dönemde Görevi Olduğunu Düşünüyor musunuz?	Var	343	93.2
	Yok	19	5.2
	Fikrim Yok	6	1.6

Tablo 9'a göre afet öncesi dönemde kendilerini görevli görme konusunda %71.7'sinin "Var", %19.3'ünün "Yok" ve %9'unun "Fikrim yok" olarak gördüğü, afet sırasında %89.7'sinin "Var", %7.9'unun "Yok" ve %2.4'ünün "Fikrim yok" olarak gördüğü, afet sonrası dönemde %93.2'sinin "Var" grubunda, %5.2'sinin "Yok" grubunda ve %1.6'sın "Fikrim yok" grubunda gördüğü saptanmıştır.

Personelin Afetlere Daha Hazırlıklı Olmak İçin Alınmasını Gerekli Gördükleri Eğitimlere Dair Bulgular

Tablo 10

Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Afete Hazırlıklı Olabilmek İçin Alınmasını Gerekli Gördükleri Eğitimler ile İlgili Frekans Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Afetlere Karşı Daha Hazırlıklı Olabilmek İçin 112 Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Alması Gereken Eğitimler Hangisidir?	Afet Yönetimi	338	91.8
	İlk Yardım	204	55.4
	Saha Triajı	311	84.5
	Temel Yaşam Desteği	224	60.9
	Travma İleri Yaşam Desteği	221	60.1
	İleri Kardiyovasküler Yaşam Desteği	143	38.9
	Erişkin İleri Yaşam Desteği	173	47.0
	Çocuklarda İleri Yaşam Desteği	183	49.7
	Travma Sonrası Ruhsal Bakım	167	45.4
	Enfeksiyon Kontrolü	140	38.0
	Afet ve Kriz Durumlarında İletişim	320	87.0
	Yenidoğan İleri Yaşam Desteği	149	40.5
Suda Kurtarma Teknikleri	237	64.4	
Yangın Güvenliği ve Teknikleri Eğitimi	242	65.8	

Tablo 10'a göre katılımcıların afete hazırlıklı olabilmek için en çok gerekli gördüğü eğitim %91.8'lik bir oran ile "Afet Yönetimi", en az gerekli gördüğü eğitim ise %38'lik bir oran ile "Enfeksiyon Kontrolü" olduğu saptandı.

Personelin Kendisini Afetlere Karşı Hazırlıklı Görme Düzeyine Dair Bulgular

Tablo 11

Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Kendilerinin Afete Karşı Hazırlıklı Olma Durumu ile İlgili Frekans Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Afetlere Karşı Kendi Hazırlıklı Olma Durumunuz Nedir?	0-3	58	15.8
	4-7	231	62.7
	8-10	79	21.5

Tablo 11'e göre katılımcıların %62.7'si kendisini afetlere karşı (4-7) düzey aralığında, %21.5'i (8-10) düzey aralığında ve %15.8'i (0-3) düzey aralığında hazırlıklı olarak değerlendirdiği tespit edildi.

Personelin Çalıştıkları İstasyonu Afetlere Karşı Hazırlıklı Görme Düzeyine Dair Bulgular

Tablo 12

Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Çalıştıkları İstasyonların Afete Karşı Hazırlıklı Olma Durumu ile İlgili Frekans Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunuzun Afetlere Karşı Hazırlıklı Olma Durumu Nedir?	Hiç Hazır Değil	114	31.0
	Kısmen Hazır	219	59.5
	Tamamen Hazır	35	9.5

Tablo 12'ye göre katılımcıların %59.5'i çalıştıkları istasyonu afetlere karşı "Kısmen hazır", %31'i "Hiç hazır değil" ve %9.5'i "Tamamen hazır" olarak değerlendirdiği tespit edildi.

Bağımsız Değişkenler ile AHAÖ Puan Ortalamaları Bulgularının Karşılaştırılması

Balıkesir 112 ASHİ’de Çalışan Personelin yanıtlamış olduğu Afete Hazırlık Algısı Ölçeğine ilişkin puan skalası Tablo 14’de yer almaktadır. Ölçeğin puan aralığı 5.00-1.00=4.00 arasındadır. Bu aralık 5’e bölünerek ölçeğin kesim noktalarını gösteren seviyeler belirlenmiş, ölçek ifadelerinin değerlendirilmesinde Tablo 14’deki ölçütler esas alındı.

Tablo 13

AHAÖ Puan Skalası

Seçenekler	Puanlar	Puan Aralığı	Ölçek Değerlendirme
Kesinlikle Katılmıyorum	1	1.00-1.79	Çok düşük
Katılmıyorum	2	1.80-2.59	Düşük
Kısmen Katılıyorum	3	2.60-3.39	Orta
Katılıyorum	4	3.40-4.19	Yüksek
Kesinlikle Katılıyorum	5	4.20-5.00	Çok yüksek

Tablo 14

AHAÖ’nün Alt Boyut Puanlarının Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

AHAÖ Alt Boyutları	N	Ort±Ss	Min.	Max.
Hazırlık Evresi	368	4.115±0.827	1.00	5.00
Müdahale Evresi	368	3.483±0.664	1.00	5.00
Afet Sonrası Evresi	368	3.570±0.690	1.00	5.00

Araştırmaya katılan personelin AHAÖ puan ortalamaları 5 puan üzerinden “hazırlık evresi” için 4.115 ± 0.827 ; “müdahale evresi” için 3.483 ± 0.664 ; “afet sonrası evresi” için 3.570 ± 0.690 ’dır. Personelin afetlere hazırlık, müdahale ve afet sonrası evresindeki AHAÖ algıları yüksek olarak saptandı (Tablo 14).

Tablo 15

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Cinsiyete” Göre Mann-Whitney U Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	U	p*
Hazırlık Evresi	Erkek	158	175.92	27796	15235	.175
	Kadın	210	190.95	40100		
Müdahale Evresi	Erkek	158	189.16	29888	15853	.465
	Kadın	210	180.99	38008		
Afet Sonrası Evresi	Erkek	158	180.76	28560.50	15999.5	.557
	Kadın	210	187.31	39335.50		

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Cinsiyete” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık (U=15235, p>0.05), müdahale (U=15853, p>0.05) ve afet sonrası (U=15999.5, p>0.05) evresi puan ortalamalarında “Cinsiyete” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 16

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Eğitim Durumuna” Göre Kruskal-Wallis H Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	H	sd	p*
Hazırlık Evresi	Lise	80	165.49	3.344	2	.188
	Ön Lisans	165	189.88			
	Lisans ve Lisans Üstü	123	189.64			
Müdahale Evresi	Lise	80	166.55	3.182	2	.204
	Ön Lisans	165	192.25			
	Lisans ve Lisans Üstü	123	185.77			
Afet Sonrası Evresi	Lise	80	164.97	3.529	2	.171
	Ön Lisans	165	191.10			
	Lisans ve Lisans Üstü	123	188.35			

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Eğitim Durumu” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık (H=3.344, sd=2, p>0.05), müdahale (H=3.182, sd=2, p>0.05) ve afet sonrası (H=3.529, sd=2, p>0.05) evresi puan

ortalamalarında “Eğitim Durumuna” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirmektedir.

Tablo 17

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Mesleki Unvan Durumuna” Göre Kruskal-Wallis H Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	H	sd	p*	U
Hazırlık Evresi	Doktor	7	262.29	10.232	5	.069	
	AABT(Paramedik)	125	200.04				
	ATT	189	176.79				
	Şoför	40	158.74				
	Sağlık Memuru	6	192.42				
Müdahale Evresi	Diğer	1	136.50	31.359	5	.000	2-4 3-4
	Doktor	7	207.57				
	AABT(Paramedik)	125	206.10				
	ATT	189	183.88				
	Şoför	40	104.08				
Afet Sonrası Evresi	Sağlık Memuru	6	256.67	20.885	5	.001	2-4 3-4
	Diğer	1	225.50				
	Doktor	7	207.00				
	AABT(Paramedik)	125	207.13				
	ATT	189	181.77				
	Şoför	40	121.79				
	Sağlık Memuru	6	203.25				
	Diğer	1	110.50				

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Mesleki Unvan Durumuna” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık (H=10.232, sd=5, p>0.05) evresinde istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmaz iken,, müdahale (H=31.359, sd=5, p<0.05) ve afet sonrası (H=20.885, sd=5, p<0.05) evresi ortalamalarında “Mesleki Unvan Durumuna” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirmektedir. Farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann-Whitney U testleri uygulandı. Bonferroni düzeltmesi yapılarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0.003 olarak kabul edildi.

Müdahale evresindeki; şoför grubu ile AABT(Pamedik) grubunun puan ortalamaları (U=1176, $p<0.003$, $r=-0.39$) arasında, şoför grubu ile ATT grubunun puan ortalamaları (U=2060, $p<0.003$, $r=-0.30$) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirdiği görüldü. Bu evrede AABT(Pamedik) ve ATT grubunun afete hazırlık algısının şoför grubundan yüksek olduğu sonucuna varıldı.

Afet sonrası evresindeki; şoför grubu ile AABT(Pamedik) grubunun puan ortalamaları (U= 1368, $p<0.003$, $r=-0.34$) arasında, şoför ile ATT grubunun puan ortalamaları (U= 2532, $p<0.003$, $r=-0.26$) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirdiği görüldü. Bu evrede AABT(Pamedik) ve ATT grubunun afete hazırlık algısının şoför grubundan yüksek olduğunu sonucu varıldı.

Tablo 18

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Mesleki Deneyime” Göre Kruskal-Wallis H Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	H	sd	p*
Hazırlık Evresi	1 Yıdan Az	17	245.41	9.736	5	0.83
	1-5 Yıl	95	180.33			
	6-10 Yıl	135	193.41			
	11-15 Yıl	106	171.19			
	16-20 Yıl	5	167.00			
	20 Yıdan Fazla	10	150.15			
Müdahale Evresi	1 Yıdan Az	17	199.35	8.096	5	0.151
	1-5 Yıl	95	165.60			
	6-10 Yıl	135	202.70			
	11-15 Yıl	106	176.46			
	16-20 Yıl	5	164.70			
	20 Yıdan Fazla	10	188.25			
Afet Sonrası Evresi	1 Yıdan Az	17	231.65	7.795	5	0.168
	1-5 Yıl	95	176.04			
	6-10 Yıl	135	192.25			
	11-15 Yıl	106	180.58			
	16-20 Yıl	5	112.90			
	20 Yıdan Fazla	10	157.40			

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Mesleki Deneyime” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık ($H=9.736$, $sd=5$, $p>0.05$), müdahale ($H=8.096$, $sd=5$, $p>0.05$) ve afet sonrası ($H=7.795$, $sd=5$, $p>0.05$) evresi ortalamalarında “Mesleki Deneyime” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 19

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet Denildiğinde İlk Çağrışım Yapma Durumuna” Göre Kruskal-Wallis H Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	H	sd	p*
Hazırlık Evresi	Deprem, Sel, Heyelan, Çığ, Fırtına	360	183.27	3.259	2	.196
	Trafik, Gemi, Uçak ve KBRN Gibi Kazalar	5	268.50			
	Savaşlar, Çatışmalar ve Terörist Eylemleri	3	192.17			
Müdahale Evresi	Deprem, Sel, Heyelan, Çığ, Fırtına	360	183.70	2.540	2	.281
	Trafik, Gemi, Uçak ve KBRN Gibi Kazalar	5	183.80			
	Savaşlar, Çatışmalar ve Terörist Eylemleri	3	281.83			
Afet Sonrası Evresi	Deprem, Sel, Heyelan, Çığ, Fırtına	360	183.01	3.828	2	.147
	Trafik, Gemi, Uçak ve KBRN Gibi Kazalar	5	230.00			
	Savaşlar, Çatışmalar ve Terörist Eylemleri	3	287.33			

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Afet Denildiğinde İlk Çağrışım Yapma Durumuna” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık ($H=3.259$, $sd=2$, $p>0.05$), müdahale ($H=2.540$, $sd=2$, $p>0.05$) ve afet sonrası ($H=3.828$, $sd=2$, $p>0.05$) evresi ortalamalarında “Afet Denildiğinde İlk Çağrışım Yapma Durumuna” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 20

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet İle İlgili Herhangi Bir Eğitim Alma Durumuna” Göre Mann-Whitney U Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	U	p*
Hazırlık Evresi	Evet	194	188.15	36501.00	16170	.482
	Hayır	174	180.43	31395.00		
Müdahale Evresi	Evet	194	212.99	41320.00	11351	.000
	Hayır	174	152.74	26576.00		
AfetSonrası Evresi	Evet	194	209.25	40594.50	12076	.000
	Hayır	174	156.91	27301.50		

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Afet İle İlgili Herhangi Bir Eğitim Alma Durumuna” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık (U=16170, $p>0.05$) evresinde istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmaz iken, müdahale (U=11351, $p<0.05$) ve afet sonrası (U=12076, $p<0.05$) evresi ortalamalarında “Afet İle İlgili Herhangi Bir Eğitim Alma Durumuna” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirmektedir. Afet eğitimi almış personelin müdahale evresi ve afet sonrası evresi hazırlık algısı, afet eğitimi almayanlara göre yüksektir.

Tablo 21

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet İle Nerede Eğitim Aldığına” Göre Custom Tables Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Ortalama
Hazırlık Evresi	SYO Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü	80	4.18
	Sağlık Bakanlığının Verdiği UMKE Temel Eğitimi	71	4.32
	Mezuniyet Sonrası Özel Bir Kurs Programı	79	4.00
	Diğer	6	4.08
Müdahale Evresi	SYO Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü	80	3.62
	Sağlık Bakanlığının Verdiği UMKE Temel Eğitimi	71	3.89
	Mezuniyet Sonrası Özel Bir Kurs Programı	79	3.65
	Diğer	6	3.39
AfetSonrası Evresi	SYO Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü	80	3.74
	Sağlık Bakanlığının Verdiği UMKE Temel Eğitimi	71	3.89
	Mezuniyet Sonrası Özel Bir Kurs Programı	79	3.70
	Diğer	6	3.60

*SYO = Sağlık Yüksek Okulu

Yukarıdaki tabloda, afet eğitimini “Sağlık Bakanlığının Verdiği UMKE Temel Eğitimi” grubunda alan personelin tüm evrelerdeki afete hazırlık algısının AYAY, özel kurs programı ve diğer gruplarından yüksek olarak saptandı.

Tablo 22

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet Eğitiminin İçeriğine” Göre Mann-Whitney U Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	U	p*
Hazırlık Evresi	Teorik	92	87.10	8013.00	3735	.004
	Teorik + Uygulama	106	110.26	11688.00		
Müdahale Evresi	Teorik	92	82.54	7593.50	3315,5	.000
	Teorik + Uygulama	106	114.22	12107.50		
AfetSonrası Evresi	Teorik	92	85.72	7886.00	3608	.001
	Teorik + Uygulama	106	111.46	11815.00		

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Afet Eğitiminin İçeriğine” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık (U=3735, $p<0.05$), müdahale (U=3315.5, $p<0.05$) ve afet sonrası (U=3608, $p<0.05$) evresi ortalamalarında “Afet Eğitiminin İçeriğine” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirmektedir. Hem teorik hem de uygulamalı eğitim almış personelin hazırlık, müdahale ve afet sonrası evredeki hazırlık algısı sadece teorik eğitim almış personele yüksektir.

Tablo 23

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet ve/veya Olağan Dışı Durumlarda Görev Alma Durumuna” Göre Mann-Whitney U Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	U	p*
Hazırlık Evresi	Evet	154	189.61	29200.00	15691	.429
	Hayır	214	180.82	38696.00		
Müdahale Evresi	Evet	154	213.12	32820.50	12070.5	.000
	Hayır	214	163.90	35075.50		
Afet Sonrası Evresi	Evet	154	211.54	32577.50	12313.5	.000
	Hayır	214	165.04	35318.50		

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Afet ve/veya Olağan Dışı Durumlarda Görev Alma Durumuna” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık (U=15691, $p>0.05$) evresinde istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmaz iken, müdahale (U=12070.5, $p<0.05$) ve afet sonrası (U=12313.5, $p<0.05$) evresi ortalamalarında “Afet ve/veya Olağan Dışı Durumlarda Görev Alma Durumuna” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirmektedir. Daha önce herhangi bir afet ve/veya olağan dışı durumda görev alan personelin müdahale ve afet sonrası evresi hazırlık algısı, görev almayan personelinkinden yüksektir.

Tablo 24

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Ne Tür Afet ve/veya Olağan Dışı Durumlarda Görev Alma Durumuna” Göre Custom Tables Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Ortalama
Hazırlık Evresi	Deprem	45	4.10
	Sel	29	4.36
	Yangın	58	4.20
	KBRN Durumu	9	3.69
	Toprak Kayması	6	3.90
	Maden Göçüğü	57	4.09
	Suda Boğulma	58	4.07
	Diğer	19	3.95
Müdahale Evresi	Deprem	45	3.82
	Sel	29	3.78
	Yangın	58	3.83
	KBRN Durumu	9	4.31
	Toprak Kayması	6	4.40
	Maden Göçüğü	57	3.76
	Suda Boğulma	58	3.84
	Diğer	19	3.87
Afet Sonrası Evresi	Deprem	45	3.80
	Sel	29	4.03
	Yangın	58	3.82
	KBRN Durumu	9	3.93
	Toprak Kayması	6	4.44
	Maden Göçüğü	57	3.93
	Suda Boğulma	58	3.86
	Diğer	19	3.85

Yukarıdaki tabloda, “Sel” grubunda görev alan personelin hazırlık evresindeki, “Toprak Kayması” grubunda görev alan personelin müdahale ve afet sonrası evrelerindeki afete hazırlık algısının diğer tüm gruplardan yüksek olduğu saptandı.

Tablo 25

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet ve/veya Olağan Dışı Bir Tatbikatta Görev Alma Durumuna” Göre Mann-Whitney U Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	U	p*
Hazırlık Evresi	Evet	113	199.10	22498.00	12758	.076
	Hayır	255	178.03	45398.00		
Müdahale Evresi	Evet	113	234.03	26445.00	8811	.000
	Hayır	255	162.55	41451.00		
Afet Sonrası Evresi	Evet	113	222.12	25099.00	10157	.000
	Hayır	255	167.83	42797.00		

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Afet ve/veya Olağan Dışı Bir Tatbikatta Görev Alma Durumuna” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık (U=12758, p>0.05) evresinde istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmaz iken, müdahale (U=8811, p<0.05) ve afet sonrası (U=10157, p<0.05) evresi ortalamalarında “Afet ve/veya Olağan Dışı Bir Tatbikatta Görev Alma Durumuna” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirmektedir. Daha önce herhangi bir afet ve/veya olağan dışı bir tatbikatta görev alan personelin müdahale ve afet sonrası evresi hazırlık algısı, görev almayan personele göre yüksektir.

Tablo 26

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet ve/veya Olağan Dışı Bir Tatbikatta Görev Alma Sayısına” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	H	sd	p*	U
Hazırlık Evresi	1-4 kez	91	55.86	2.496	2	.287	
	5-9 kez	11	49.18				
	10 ve üzeri	10	70.40				
Müdahale Evresi	1-4 kez	91	52.83	7.833	2	.020	1-3
	5-9 kez	11	63.86				
	10 ve üzeri	10	81.80				
Afet Sonrası Evresi	1-4 kez	91	55.97	.152	2	.927	
	5-9 kez	11	57.77				
	10 ve üzeri	10	59.90				

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Afet ve/veya Olağan Dışı Bir Tatbikatta Görev Alma Sayısına” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık ($H=2.496$, $sd=2$, $p>0.05$) ve afet sonrası ($H=.152$, $sd=2$, $p<0.05$) evrelerinde istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmaz iken, müdahale ($H=7.833$, $sd=2$, $p>0.05$) evresi ortalamasında “Afet ve/veya Olağan Dışı Bir Tatbikatta Görev Alma Sayısına” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirmektedir. Farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann-Whitney U testleri uygulandı. Bonferroni düzeltmesi yapılarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0.017 olarak kabul edildi.

Müdahale evresindeki; daha önce herhangi bir afet ve/veya olağan dışı bir tatbikatta “1-4” kez aralığında görev alanlar ile “10 ve üzeri”nde görev alanların puan ortalamaları ($U= 221.5$, $p<0.017$, $r=-0.26$) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirdiği görüldü. Bu evrede “10 ve üzeri” sayıda görev alan grubun afete hazırlık algısının “1-4” kez aralığında görev alan gruptan yüksek olduğu sonucuna varıldı.

Tablo 27

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet Öncesi Dönemde Rolü Olma Durumuna” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	H	sd	p*	U
Hazırlık Evresi	Var	264	196.17	13.029	2	.001	1-3
	Yok	71	163.51				
	Fikrim Yok	33	136.30				
Müdahale Evresi	Var	264	191.81	10.427	2	.005	1-3 2-3
	Yok	71	183.35				
	Fikrim Yok	33	128.52				
Afet Sonrası Evresi	Var	264	195.82	12.586	2	.002	1-3
	Yok	71	165.51				
	Fikrim Yok	33	134.80				

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Afet Öncesi Dönemde Rolü Olma Durumuna” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık (H=13.029, sd=2, p<0.05), müdahale (H=10.427, sd=2, p<0.05) ve afet sonrası (H=12.586, sd=2, p<0.05) evresi ortalamalarında “Afet Öncesi Dönemde Rolü Olma Durumuna” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirmektedir. Farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann-Whitney U testleri uygulandı. Bonferroni düzeltmesi yapılarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0.017 olarak kabul edildi.

Hazırlık evresinde; 112 ASH personelinin afet öncesi dönem görevi olma durumu hakkında “Var” grubu ile “Fikrim Yok” grubunun puan ortalamaları (U=2974, p<0.017, r=-0.17) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirdiği görüldü. Bu evrede “Var” grubunun afete hazırlık algısının “Fikrim Yok” grubundan yüksek olduğu sonucuna varıldı.

Müdahale evresinde; 112 ASH personelinin afet öncesi dönem görevi olma durumu hakkında “Var” grubu ile “Fikrim Yok” grubunun puan ortalamaları (U=2871.5, p<0.017, r=-0.19) arasında ve “Yok” grubu ile “Fikrim Yok” grubunun puan ortalamaları (U=808.5,

$p < 0.017$, $r = -0.25$) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirdiği görüldü. Bu evrede “Var” ve “Yok” grubunun afete hazırlık algısının “Fikrim Yok” grubundan yüksek olduğu sonucuna varıldı.

Afet sonrası evresinde; 112 ASH personelinin afet öncesi dönem görevi olma durumu hakkında “Var” grubu ile “Fikrim Yok” grubunun puan ortalamaları ($U = 2907$, $p < 0.017$, $r = -0.18$) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirdiği görüldü. Bu evrede “Var” grubunun afete hazırlık algısının “Fikrim Yok” grubundan yüksek olduğu sonucuna varıldı.

Tablo 28

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet Sırasında Rolü Olma Durumuna” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	H	sd	p*
Hazırlık Evresi	Var	330	186.38	1.030	2	.598
	Yok	29	167.48			
	Fikrim Yok	9	170.33			
Müdahale Evresi	Var	330	185.00	.389	2	.823
	Yok	29	185.59			
	Fikrim Yok	9	162.72			
Afet Sonrası Evresi	Var	330	184.15	2.437	2	.296
	Yok	29	202.40			
	Fikrim Yok	9	139.83			

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Afet Sırasında Rolü Olma Durumuna” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık ($H = 1.030$, $sd = 2$, $p > 0.05$), müdahale ($H = .389$, $sd = 2$, $p > 0.05$) ve afet sonrası ($H = 2.437$, $sd = 2$, $p > 0.05$) evresi ortalamalarında “Afet Sırasında Rolü Olma Durumuna” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 29

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afet Sonrası Dönemde Rolü Olma Durumuna” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	H	sd	p*
Hazırlık Evresi	Var	343	186.20	2.921	2	.232
	Yok	19	176.18			
	Fikrim Yok	6	113.83			
Müdahale Evresi	Var	343	185.78	2.738	2	.254
	Yok	19	183.82			
	Fikrim Yok	6	113.42			
Afet Sonrası Evresi	Var	343	187.82	5.086	2	.079
	Yok	19	142.76			
	Fikrim Yok	6	126.67			

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Afet Sırasında Rolü Olma Durumuna” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık (H=2.921, sd=2, p>0.05), müdahale (H=2.738, sd=2, p>0.05) ve afet sonrası (H=5.086, sd=2, p>0.05) evresi ortalamalarında “Afet Sırasında Rolü Olma Durumuna” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 30

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Afetlere Karşı Kendilerini Hazırlıklı Görme Düzeyine” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	H	sd	p*	U
Hazırlık Evresi	0-3 düzey	58	200.23	4.037	2	.133	
	4-7 düzey	231	176.04				
	8-10 düzey	79	197.68				
Müdahale Evresi	0-3 düzey	58	125.59	69.114	2	.000	1-2
	4-7 düzey	231	171.10				1-3
	8-10 düzey	79	266.94				2-3
Afet Sonrası Evresi	0-3 düzey	58	138.71	34.874	2	.000	1-2
	4-7 düzey	231	176.59				1-3
	8-10 düzey	79	241.25				2-3

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Afetlere Karşı Kendilerini Hazırlıklı Görme Düzeyine” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık (H=4.037, sd=2, p>0.05) evresinde istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmaz iken, müdahale (H=69.114, sd=2, p<0.05) ve afet sonrası (H=34.874, sd=2, p<0.05) evresi ortalamalarında “Afetlere Karşı Kendilerini Hazırlıklı Görme Düzeyine” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirmektedir. Farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann-Whitney U testleri uygulandı. Bonferroni düzeltmesi yapılarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0.017 olarak kabul edildi.

Müdahale evresinde; 112 ASH personelinin kendilerini afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyleri hakkında “0-3” düzey aralığı grubu ile “4-7” grubunun puan ortalamaları (U=4846, p<0.017, r=-0.19) arasında, “0-3” düzey aralığı grubu ile “8-10” grubunun (U=727, p<0.017, r=-0.58) arasında ve “4-7” düzey aralığı grubu ile “8-10” grubunun puan ortalamaları (U=4176, p<0.017, r=-0.41) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirdiği görüldü. Bu evrede “8-10” düzey aralığı grubunun afete hazırlık algısının “4-7”

grubundan, “4-7” düzey aralığı grubunun afete hazırlık algısının ise “0-3” grubundan yüksek olduğu sonucuna varıldı.

Afet sonrası evresinde; 112 ASH personelinin kendilerini afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyleri hakkında “0-3” düzey aralığı grubu ile “4-7” grubunun puan ortalamaları (U=5229.5, $p<0.017$, $r=-0.15$) arasında, “0-3” düzey aralığı grubu ile “8-10” grubunun (U=1104.5, $p<0.017$, $r=-0.44$) arasında ve “4-7” düzey aralığı grubu ile “8-10” grubunun puan ortalamaları (U=5827.5, $p<0.017$, $r=-0.27$) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirdiği görüldü. Bu evrede “8-10” düzey aralığı grubunun afete hazırlık algısının “4-7” grubundan, “4-7” düzey aralığı grubunun afete hazırlık algısının ise “0-3” grubundan yüksek olduğu sonucuna varıldı.

Tablo 31

Afete Hazırlık Algısı ve Hazırlık Durumlarının “Çalıştıkları İstasyonların Afetlere Karşı Hazırlıklı Olma Durumuna” Göre Kruskal Wallis H Testi Sonucu

Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	H	sd	p*	U
Hazırlık Evresi	Hiç Hazır Değil	114	196.35	2.805	2	.246	
	Kısmen Hazır	219	176.97				
	Tamamen Hazır	35	193.03				
Müdahale Evresi	Hiç Hazır Değil	114	163.14	14.195	2	.001	1-3 2-3
	Kısmen Hazır	219	186.78				
	Tamamen Hazır	35	239.79				
Afet Sonrası Evresi	Hiç Hazır Değil	114	162.93	11.205	2	.004	1-3
	Kısmen Hazır	219	188.65				
	Tamamen Hazır	35	228.79				

Yukarıdaki tabloda, afete hazırlık algısı evresi ortalamalarının “Çalıştıkları İstasyonların Afetlere Karşı Hazırlıklı Olma Durumuna” göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre; ölçeğin hazırlık (H=2.805, sd=2, $p>0.05$) evresinde istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmaz iken, müdahale (H=14.195, sd=2, $p<0.05$) ve afet

sonrası ($H=11.205$, $sd=2$, $p<0.05$) evresi ortalamalarında “Çalıştıkları İstasyonların Afetlere Karşı Hazırlıklı Olma Durumuna” göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirmektedir. Farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann-Whitney U testleri uygulandı. Bonferroni düzeltmesi yapılarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0.017 olarak kabul edildi.

Müdahale evresinde; 112 ASH personelinin çalıştıkları istasyonu afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyleri açısından “Hiç Hazır Değil” grubu ile “Tamamen Hazır” grubunun puan ortalamaları ($U=1204$, $p<0.017$, $r=-0.21$) arasında ve “Kısmen Hazır” grubu ile “Tamamen Hazır” grubunun puan ortalamaları ($U=2688.5$, $p<0.017$, $r=-0.17$) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirdiği görüldü. Bu evrede “Tamamen Hazır” grubunun afete hazırlık algısının “Kısmen Hazır” ve “Hiç Hazır Değil” gruplarından yüksek olduğu sonucuna varıldı.

Afet sonrası evresinde; 112 ASH personelinin çalıştıkları istasyonu afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyleri açısından “Hiç Hazır Değil” grubu ile “Tamamen Hazır” grubunun puan ortalamaları ($U=1324$, $p<0.017$, $r=-0.18$) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık meydana getirdiği görüldü. Bu evrede “Tamamen Hazır” grubunun afete hazırlık algısının “Hiç Hazır Değil” grubundan yüksek olduğu sonucuna varıldı.

Bölüm IV: Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Tartışma

Bu başlık altında, 112 ASHİ'de çalışan personelin afetlere ilişkin görüşleri, deneyimleri, eğitim gereksinimleri, kendi ve istasyonlarının afetlere hazır oluşluluk algısı ve afetlere hazırlık algısı ele alınmaktadır.

Sağlık personeli, afetlerden etkilenme durumlarına göre hem kendi problemleri ile mücadele etmek hem de mesleği ile ilgili görevlerini yerine getirmek zorunda kalmaktadır. Bu yüzden, afetler meydana gelmeden önce gerekli hazırlık çalışmalarının planlanarak eyleme geçirilmesi oldukça önemlidir. Sağlık personellerinin afetler konusunda daha önceden bilinçli ve hazırlıklı olması, afet sırası ve sonrasında sistemin işlerliğini arttırmakla birlikte bu felaketlerin en zararla atlatılmasına katkı sağlayacaktır (Barış, 2011; EMSA, 2006; Çelikli, 2010).

Personelin kişisel durum değişkeni ile afete hazırlık algısı arasındaki farklılıklar.

Araştırmaya katılım gösteren personelin yaşlarının 19-55 (min-max) yaş aralığında değişiklik gösterdiği, yaş ortalamasının $\bar{X}=30.45\pm 6,10$ olarak bulunduğu ve en fazla 25-34 (%56.3) yaş grubunda yer aldıkları görülmektedir. Bu personelin çoğunluğunun cinsiyeti %57.1'lik bir oran ile kadın ve eğitim durumu %44.8'lik bir oran ile ön lisans mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo-2). Çalışmamızda personelin cinsiyet durumu ile afete hazırlık algı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Eğitim durumu ile afete hazırlık algı düzeyleri arasındaki farklılık düzeyleri sonuçlarına bakıldığında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir.

Çelebi (2014)'nin çalışmasındaki personelin çoğunluğunun kadın (%65.9), en fazla 25-29 yaş grubunda (%38.5) ve lise mezunu (%41.3) olduğu görülmüştür.

Tercan (2015)'in çalışmasındaki hemşirelerin çoğunluğunun kadın (%80.1), en fazla 24-28 yaş grubunda (%29.8) ve lisans mezunu (%39.2) olduğu görülmüştür.

Özcan (2013)'in çalışmasındaki hemşirelerin çoğunluğunun kadın (%97.2), en fazla 31-35 yaş grubunda (%24.4) ve lisans mezunu (%65.6) olduğu belirlenmiştir.

Fung, Loke ve Lai (2008)'nin çalışmasındaki hemşirelerin çoğunluğunun kadın (%81.7), en fazla 26-35 yaş grubunda (%70.7) ve bekar (%67.7) olduğu görülmüştür.

Taşkıran (2015)'in çalışmasındaki hemşirelerin çoğunluğunun kadın (%85.7), en fazla 28-32 yaş grubunda (%38.4), lisans mezunu (%88.2) ve evli (%59.4) olduğu görülmüştür.

Çelikli (2010)'nin çalışmasındaki personelin çoğunluğunun erkek (%56.2), en fazla 40-49 yaş grubunda (%53.1) ve lisans mezunu (%68.8) olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen veriler diğer araştırmalar ile sağlık personelinin genç yaş grubunda ve kadın olması bakımından benzerlik göstermekte iken, çoğunluğun önlisans mezunu olması bakımından farklılık gösterdiği saptanmıştır (Çelebi, 2014; Tercan, 2015; Özcan, 2013; Fung ve ark., 2008; Taşkıran, 2015). Fakat Çelikli (2010)'nin çalışmasında çoğunluğun erkek, 40-49 yaş grubu ve lisans mezunu olması yönü ile bu çalışmadan farklılık göstermektedir.

Personelin mesleki durum değişkeni ile afete hazırlık algısı arasındaki farklılıklar.

Araştırmamızda, personelin afete hazırlık algı düzeyleri ile mesleki unvan durumu arasında anlamlı bir farklılık meydana geldiği görülmektedir. Katılım gösteren personelin çoğunluğunun 'ATT' grubunda olduğu görülmüştür. Ayrıca sağlık memurunun müdahale evresi algısının ve AABT(Paramedik)'nin afet sonrası evresi algısının diğer personellere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda personelin mesleki deneyim süresi ile afete hazırlık algı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Personelin en fazla '6-10 yıl' arası mesleki deneyim süresine sahip oldukları görülmüştür.

Çelebi tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada, personelin çoğunluğunun 'ATT', '6-10 yıl' mesleki deneyim süresine sahip olması ve mesleki unvan durumu ile afet(deprem)

bilinç algı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olması yönü ile benzerlik göstermektedir (Çelebi, 2014).

Araştırma; Çelik (2010), Taşkiran (2015), Tercan (2015) ve Özcan (2013)'in çalışmalarındaki personelin çoğunluğunun hemşire, mesleki deneyim sürelerinin '6-10 yıl'dan daha az olması yönü ile farklılık göstermekte iken, mesleki deneyim süresi ile afet (deprem) bilinç algı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olması yönü ile benzerlik göstermektedir.

Personelin afetlere ilişkin görüş, deneyim ve eğitim gereksinimleri ile afete hazırlık algısı arasındaki farklılıklar.

Personelin afetin tanımına ilişkin vermiş olduğu yanıtların çoğunluğunu "Deprem, Sel, Heyelan, Çığ, Fırtına" grubu oluşturmakta olup, afetin tanımını "Trafik, Gemi, Uçak ve KBRN gibi Kazalar" olarak gören yalnızca 5, "Savaşlar, Çatışmalar ve Terörist Eylemleri" olarak gören ise yalnızca 3 personel olmuştur. Benzer çalışmalarda da personelin büyük bir kısmı afetin tanımını çoğunlukla "Deprem, Heyelan, Sel, Kasırga" olarak görmektedir (Çelik, 2010; Tercan, 2015; Özcan, 2013).

Çalışmaya katılım personelin çoğunluğunun daha önceden afet ile ilgili herhangi bir eğitim aldığı (Çelebi, 2014; Tercan, 2015; Özcan, 2013), büyük bir kısmının bu eğitimi AYAY bölümünde aldığı ve bu personelin çoğunluğunun eğitimi hem teorik hem de uygulamalı olarak aldığı belirlenmiştir. Afet eğitimi alan personelin afete hazırlık algısı, eğitim almayan personeline göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Çelebi, 2014; Özcan, 2013). Fakat Tercan tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada ise afet eğitimi alma durumu ile afete hazırlık algısı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Tercan, 2015). Özcan (2013)'in çalışmasındaki verilere bakıldığında, personelin çoğunluğunun afet eğitimini hem teorik hem uygulamalı olarak alması ve eğitimi bu şekilde alanların afete hazırlık algı düzeylerinin sadece teorik eğitim alanlara göre daha yüksek olması açısından çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Personelin çoğunluğunun daha önce afet ve/veya olağan dışı olayda görev almadığı (Taşkıran, 2015; Çelebi, 2014; Çelik, 2010; Tercan, 2015), görev alanların ise en fazla suda boğulma, maden göçüğü ve yangın vakalarında görev aldığı görülmüştür. Görev alan personelin afete hazırlık algısının, görev almayan personelinkinden daha yüksek olduğu görülmüştür (Çelebi, 2014). Özcan (2013)'in çalışmasında ise hemşirelerin %50.2'sinin afet deneyimine sahip olması ve afet deneyimine sahip olmayan personelin hazırlık evresi algısının diğer personele göre daha yüksek olması çalışmamızdan farklılık göstermektedir.

Personelin çoğunluğunun daha önceden herhangi bir afet tatbikatına katılmadığı (Özcan, 2013), katılanların ise büyük bir kısmının "1-4" kez katıldığı görülmüştür. Tatbikata katılan personelin müdahale evresi ve afet sonrası evresi algısı, katılmayan personelinkinden daha yüksektir (Tercan, 2015; Özcan, 2013).

Personelin afet evrelerindeki rollerine dair görüşleri incelendiği zaman afet öncesi (%71.7), afet sırası (%89.7) ve afet sonrasında (%93.2) 112 ASHİ personelinin görevi olduğunu düşünmektedir. Oranlar karşılaştırıldığı zaman afet öncesi dönemde personelin rolü olduğunu düşünenlerin oranının, afet sırası ve sonrasına göre daha düşük olması, personelin afet öncesi dönemdeki rolleri hakkında eğitim ve bilgilendirmeye ihtiyaçları olduğuna işaret etmektedir. Taşkıran (2015)'in çalışmasındaki hemşireler afet öncesi (%66.7), afet sırası (%95.1) ve afet sonrası (%95.6) dönemde, Tercan (2015)'in çalışmasındaki hemşireler afet öncesi (%57.9), afet sırası (%88.3) ve afet sonrası (%88.9) dönemde, Çelik (2010)'in çalışmasındaki hemşireler afet öncesi (%74.5), afet sırası (%96) ve afet sonrası (%99.5) dönemde hemşirelerin rolü olduğunu düşünmektedir. Buradan, bu dört çalışmada da personelin en fazla afet sonrası dönemde rollerinin olduğunu düşündükleri sonucu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca afet öncesi dönemde rolünün "Var" olduğunu düşünen personelin afete hazırlık düzeyleri algıları, "Yok" ve "Fikrim Yok" olarak düşünen personele göre daha yüksektir.

Personelin afete hazırlıklı olabilmek için en çok “Afet Yönetimi”, “Afet ve Kriz Durumlarında İletişim”, “Saha Triajı” ve “Yangın Güvenliği ve Teknikleri” gibi eğitimlerin alınmasını gerekli gördüğü belirlenmiştir (Taşkiran, 2015; Çelik, 2010; Özcan, 2013).

Personelin kendi ve istasyonlarının afetlere hazır oluşluluk algısına ilişkin bulguların dağılımı.

Personelin kendi afetlere hazır oluşluluk algı puan ortalaması $\bar{X}=6.75\pm 2.30$ orta düzeyden biraz yüksek olarak belirlenmiştir (min-max: 0-10 puan). Taşkiran (2015)'in çalışmasında personelin afetlere hazır oluşluluk algı puan ortalaması ($\bar{X}=4.62\pm 1.74$) orta düzey, Çelik (2010)'in çalışmasında ise ($\bar{X}=4.91\pm 2.15$) orta düzey olarak saptanmıştır (min-max: 0-10 puan). Taşkiran (2015) ve Çelik (2010)'in çalışmaları ile karşılaştırıldığında çalışmada personelin kendilerini afetlere karşı daha hazır hissettikleri görülmüştür. Fung ve ark. (2008) çalışmasındaki hemşirelerin büyük bir kısmı afetlere karşı kendilerini tamamen hazırlık görmediklerini (%97) ve hazırlıklı olma ihtiyaçlarının bilincinde olduklarını belirtirken, Özcan (2013)'in çalışmasında ise hemşirelerin %64'ü kendisini afetlere ‘Kısmen Hazır’ olarak görmektedir.

Personelin çoğunluğu çalıştıkları istasyonların afete karşı hazırlıklı olma durumunu “Kısmen Hazır” olarak değerlendirdiği görülmüştür. Ayrıca çalıştıkları istasyonları afetlere karşı “Tamamen Hazır” olarak gören personelin müdahale ve afet sonrası evresi algıları, “Hiç Hazır Değil” ve “Kısmen Hazır” olarak gören personele göre daha yüksektir.

Personelin afetlere hazırlık algısına ilişkin bulguların dağılımı.

Personelin Afetlere Hazırlık Algısı Ölçeği'nden aldıkları madde puan ortalaması $\bar{X}=11.168\pm 2.181$ (min-max:3-15)' dir. Ölçeğin, ‘Hazırlık’ (4.115±0.827), ‘Müdahale’ (3.483±0.664) ve ‘Afet Sonrası’ (3.570±0.690) alt boyut puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. AHAÖ'ye göre afetlerin hazırlık evresindeki algılarının diğer evrelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tercan (2015) ve Özcan (2013)'ın çalışmalarındaki hemşirelerin hazırlık evresi algılarının yüksek düzeyde olması çalışma ile benzerlik gösterirken, müdahale ve afet sonrası evresindeki algılarının orta düzey olması açısından farklılık göstermektedir.

Personelin 'Afete Hazırlık Algısı Ölçeği' neticesinde çoğunlukla 'Katılıyorum' sonucunun çıkması, algı puan ortalaması ile ölçek sonuçlarının birbiri ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, personelin afete hazırlık aşamasında hizmet içi eğitim gereksinimleri planlanırken yüksek düzeyde algıya sahip olunan hazırlık, müdahale ve afet sonrası alanların uygun destek eğitimler ile pekiştirilmesi, yetkinlik düzeylerinin geliştirilmesinde fayda sağlayabileceği düşünülebilir.

Personelin kendi afetlere hazır oluşluluk algısı ile hazırlık algısı arasındaki ilişki.

Tablo 32

Personelin Kendi Afetlere Hazır Oluşluluk Algısı ile Hazırlık Algısı Arasındaki Korelasyon Analizi

	Personelin Kendi Afetlere Hazır Oluşluluk Algısı		Hazırlık Evresi		Müdahale Evresi		Afet Sonrası Evresi	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Hazırlık Evresi	.014	.791						
Müdahale Evresi	.472**	.000	.264**	.000				
Afet Sonrası Evresi	.365**	.000	.264**	.000	.670**	.000		

** $p < 0,01$

Yukarıdaki tabloda, hazırlık evresi hariç müdahale ve afet sonrası evresi ile personelin kendi afetlere hazır oluşluluk algısı arasında pozitif yönde ve ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0,01$) (Tablo 32). Personelin kendi afetlere hazır oluşluluk algısı yükseldikçe, afetlere hazırlık algısının da yükseldiği görülmüştür. Müdahale ve afet sonrası evrelerinde, personelin kendi afetlere hazır oluşluluk algısı ile afetlere hazırlık algısının uyumluluk göstermesi, afetlere hazırlık algısının artmasında personelin kendilerini ne kadar

hazır hissettiği ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Buradan, personelin kendilerini afetlere karşı hazır oluşluluk konusunda iyi tanıdıkları yorumu yapılabilir.

Sonuç

Personelin hazırlık, müdahale ve afet sonrası evrelerindeki algıları yüksek düzeydedir. Fakat hazırlık evresi algıları diğer evrelere göre daha yüksektir.

Bireylerin AHAÖ puanları mesleki unvan durumu, afet eğitimi alma durumu, nerede afet eğitimi aldığı, afet eğitiminin içeriği, afet ve/veya olağan dışı olayda görev alma durumu, ne tür bir olayda görev aldığı, afet ve/veya olağan dışı bir tatbikatta görev alma durumu, tatbikatta görev alma sayısı, afet öncesi dönemde rolü olma durumu, afetlere karşı kendini hazırlıklı görme düzeyi ve çalıştıkları istasyonların afetlere karşı hazırlıklı olma durumuna göre farklılık göstermekte olup; cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim, afet denildiğinde ilk çağrışım yapma durumu, afet sırası ve sonrası dönemde rolü olma durumuna göre farklılaşmamaktadır.

Çalışmaya katılım gösteren personelin çoğunluğu 25-34 yaş arası, kadın, ön lisans mezunu ve 6-10 yıl arası mesleki deneyim süresine sahiptir.

Personelin büyük bir kısmı afeti “Deprem, Sel, Heyelan, Çığ, Fırtına” olarak değerlendirmiştir. Afeti “Trafik, Gemi, Uçak ve KBRN gibi kazalar” olarak değerlendiren personel sayısı yalnızca 5 iken, “Savaş, Çatışmalar ve Terörist Eylemleri” olarak değerlendiren yalnızca 3’tür.

Daha önceden afet eğitimi alan personel sayısı, almayanlardan fazladır ve eğitim alan personelin afet hazırlık algıları, almayanlara göre daha yüksektir. Eğitim alan personelin çoğunluğu bu eğitimi hem teorik hem de uygulamalı olarak almıştır. Hem teorik hem de uygulamalı eğitim alan personelin afet hazırlık algıları, yalnızca teorik olarak alan personele göre yüksektir. Personelin büyük bir kısmı afet eğitimini AYAY bölümünde almıştır.

Personelin büyük bir kısmı afet ve/veya olağan dışı olayda görev almamış, görev

alanlar ise en fazla suda boğulma, maden göçüğü ve yangın vakalarında görev almıştır. Görev alan personelin müdahale ve afet sonrası evresi algısı, almayan personelden daha yüksektir.

Afet tatbikatına katılmayan personel sayısı çoğunlukta olmakla birlikte, katılanların ise büyük bir kısmı “1-4” kez tatbikata katılmışlardır. Tatbikata katılan personelin müdahale evresi ve afet sonrası evresi algısı, katılmayan personelininkinden daha yüksektir. “10 ve üzeri” sayıda tatbikata katılan personelin müdahale evresi algıları diğerlerine göre yüksektir.

Afetin evrelerine göre 112 ASHİ personeli afet öncesinde %71.7, afet sırasında %89.7 ve afet sonrasında ise %93.2 oranında kendini görevli olarak görmektedir. Afet öncesi dönemde rolünün “Var” olduğunu düşünen personelin afete hazırlık algıları, “Yok” ve “Fikrim Yok” olarak düşünen personele göre daha yüksektir.

Afete hazırlıklı olabilmek için personel en çok “Afet Yönetimi”, “Afet ve Kriz Durumlarında İletişim”, “Saha Triajı” ve “Yangın Güvenliği ve Teknikleri” gibi eğitimlerin alınmasını gerekli görmektedir.

Personelin %62.7’si afetlere karşı kendisini (4-7) düzey aralığında hazırlıklı olarak değerlendirmektedir. Kendisini (8-10) düzey aralığında değerlendiren personelin müdahale ve afet sonrası evresindeki afete hazırlık algısı, (0-3) ve (4-7) düzey aralıklarında değerlendirenlere göre daha yüksektir. Afetlere hazır oluşluluk algı puan ortalaması $\bar{X}=6.75\pm 2.30$ orta düzeyden biraz yüksektir.

Personelin %59.5’i çalıştıkları istasyonları afete karşı “Kısmen Hazır” olarak değerlendirmektedir. Çalıştıkları istasyonları afetlere karşı “Tamamen Hazır” olarak gören personelin müdahale ve afet sonrası evresi algıları, “Hiç Hazır Değil” ve “Kısmen Hazır” olarak gören personele göre daha yüksektir.

Çalışmaya katılım gösteren personelin büyük bir kısmı “ATT”dir. Müdahale evresinde sağlık memurlarının, afet sonrası evresinde ise AABT(Paramedik)’lerin algıları diğer personele göre daha yüksektir.

Öneriler

- ✓ Hastane öncesi ASH'de çalışan sağlık personelinin afetlere hazır olma durumları ve/veya hazırlık algılarını inceleyen sınırlı sayıda çalışmanın olması sebebiyle daha geniş çaplı çalışmalar yapılabilir.
- ✓ Tüm sağlık personeli için görevli olduğu bölgede en sık karşılaşılan afetler başta olmak üzere Türkiye'nin afetselliği de göz önüne alınarak kurs, hizmet içi eğitim çalışmaları planlanabilir. Ayrıca bu eğitim çalışmaları; personelin afete hazır oluşluluk düzeyini arttıran, hem uygulamalı hem de teorik faaliyetleri içeren, güncellenmiş eğitim programlarını barındıran, personelin öncelikli olarak gereksinim duyduğu ve istekli olduğu şekilde planlanabilir. Verilen eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması ve denetimi için masa başı ve olay yeri saha tatbikatları yapılabilir.
- ✓ Personele afetin çeşitli evrelerindeki rollerine, özellikle özellikle afet öncesi dönemdeki rollerine ilişkin bilinçlendirme eğitimleri verilerek afetler konusundaki farkındalıkları arttırılabilir.
- ✓ Kurum, kuruluş ve personeller arasındaki iletişim ve koordinasyonu arttıracak çeşitli çalışmalar planlanabilir.
- ✓ Bu alanda her düzeydeki eğitim programlarına -araştırmamızdaki personelinde kendi afete hazırlıklı olma durumlarını arttırabilecek olarak gördükleri- 'Afet Yönetimi', 'Afet ve Kriz Durumlarında İletişim', 'Saha Triajı' ve 'Yangın Güvenliği ve Teknikleri' gibi afete hazırlık algısını, özgüvenini arttıracak dersler konulabilir. Bu dersler ise alanında uzman kişiler tarafından ve hem uygulamalı hem de teorik eğitimler şeklinde verilebilir.

Kaynakça

- Adatepe, F. (1998). Batı Anadolu Kıyılarının Tarihsel Dönem Deprem Etkinliği. *Deprem Araştırma Bülteni*, 76, 63-85.
- Adıgüzel, O. (2010). *Ankara Büyükşehir Belediyesi İtfaiye Dairesi Başkanlığı'nun afetlere hazırlık durumunun değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- AFAD. (2011). Olağandışı durumlarda yaşamı sürdürme. Erişim <https://www.afad.gov.tr/upload/Node/3475/xfiles/olagandisi.pdf>
- AFAD. (2012). 2013-2017 stratejik plan. Erişim <https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2288/files/afadsp2013-2017.pdf>
- AFAD. (2014). Açıklamalı afet yönetimi terimleri sözlüğü. Erişim <https://www.afad.gov.tr/upload/Node/3495/xfiles/sozluk.pdf>
- AFAD. (2018). AFAD arama kurtarma birliklerine ulusal INSARAG akreditasyon belgesi. Erişim <https://www.afad.gov.tr/tr/25167/AFAD-Arama-Kurtarma-Birliklerine-Ulusal-INSARAG-Akreditasyon-Belgesi>
- AFAD. (2019a). AFAD hakkında. Erişim <https://www.afad.gov.tr/tr/2211/AFAD-Hakkında>
- AFAD. (2019b). Türkiye deprem haritası. Erişim <https://deprem.afad.gov.tr/deprem-tehlike-haritasi>
- Aker, A. (2006). 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 204-212.
- AKUT. (2019). *AKUT tarihçe*. Erişim <https://www.akut.org.tr/tarihce>
- Akyel, R. (2005). Türkiye Kamu Yönetiminde Afet Yönetimi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(1), 15-29.

- Akyel, R. (2007). *Afet yönetim sistemi: Türk afet yönetiminde karşılaşılan sorunların tespit ve çözümüne ilişkin bir araştırma* (Yayımlanmamış doktora tezi). Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Altınsoy, U. (2018). *Türkiye'de meydana gelebilecek depremlere karşı afet yönetim sistemi ve acil durum yönetimi performansının veri zarflama analizi ile değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Altuntaş, S. (Ed.) (2014). *Dünyada ve ülkemizde ilk yardım, acil sağlık hizmetleri ve afetlerde sağlık organizasyonu*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Ayoğlu, F. ve Bumin, M. (1996). Kazalarda ilk yardım ve acil bakım hizmetlerinin önemi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 5(11), 380-383.
- Barış, E. (2011). *Afet tıbbi eğitiminin İzmir metropol alanında acil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin bilgi düzeyine etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Barutcu, S. (2015). *Afet yönetiminde itfaiyenin rolü: Ankara ili örneği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Başgeçmez, D. (2017). *Hastanelerde afet yönetimine ilişkin mevcut durumun değerlendirilmesi (Balıkesir örneği)* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Batı, S. (2012). *Sağlık Bakanlığına bağlı hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan yersonelin hastalara müdahalelerinin hastane öncesi acil tıbbi bakım yetişkin ve çocuk uygulama kılavuzu akış şemalarına uygunluğunun değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

- BÇŞİM. (2017). *Balıkesir ili 2016 yılı çevre durum raporu*. Erişim https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/editor/dosya/Balıkesir_icdr2016.pdf
- Bektaş, S. (2016). *Türkiye’de afet eğitimi uygulamalarının öğretmen görüşleri açısından değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
- Beliceli, A., Çona, A. ve Çoban, F. (2005). Balıkesir bölgesinin deprem riski ve depremsellik açısından incelenmesi. *Deprem Sempozyumu 2005* içinde (s. 1394-1402). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi.
- Beran, M., & Rodier, J. (1985). *Hydrological aspects of drought: A contribution to the International Hydrological Programme*. Paris: UNESCO-WMO.
- Can, H., Akgün, A. ve Kavuncubaşı, Ş. (1995). *Kamu ve özel kesimde insan kaynakları yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Collins, R. (2017). *Disaster preparedness perception in a predominantly african-american community of a united states east coast city (Doktora tezi)*. ProQuest Dissertations and Theses veri tabanından erişildi. (UMI No.10271475).
- Çelebi, İ. (2014). *Kayseri 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin deprem bilgi düzeyi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Çelik, F. (2010). *Türk Kızılayı’nda çalışan hemşirelerin afetlere hazıroluşluk durumları* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çelikli, S. (2010). *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi afet yönetimi ekibine olağandışı durumlara hazırlıklı olma konusunda verilen eğitimin değerlendirilmesi ve uygulamanın sınanması* (Yayımlanmamış doktora tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Çetin, B., Şahin, S. ve Özdemir, G. (2014). Liderlik performans ölçeği geliştirme: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2014), 172-191.
- Demirkasımoğlu, M. (2015). *Ankara'daki hastanelerin afete hazırlık durumları* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Deniz, Ş. (2012). *Antalya ili afet riskleri ve afet yönetimi konusu üzerine bir araştırma* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Dick, W. (2003). Anglo-American vs. Franco-German Emergency Medical Services System. *Prehospital and Disaster Medicine*, 18(1), 29-37.
- Drabek, T. (1996). *The social dimensions of disaster: Instructor guide*. Emmitsburg, MD: Emergency Management Institute, FEMA.
- Düzova, S. (2015). *112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin iş doyumu: Ankara ili örneği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- EMDAT. (2017). *EM-DAT Glossary*. Erişim <http://www.emdat.be/Glossary>
- EMSA. (2006). *Hospital incident command system guidebook*. California: EMSA.
- Ergünay, O. (1999). Acil Yardım Planlaması ve Afet Yönetimi. *Uzman Der Dergisi*, 6(7), 7-14.
- Ergünay, O. (2002). *Afete hazırlık ve afet yönetimi*. Ankara: Türkiye Kızılay Derneği Genel Müdürlüğü Afet Operasyon Merkezi Yayını.
- Erkal, T. ve Değerliyurt, M. (2009). Türkiye'de afet yönetimi. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 14(22), 147-164.

- Felsefe Terimler Sözlüğü. (1975). Erişim http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&keli mesec=11616
- Fişek, G. ve Kabasakal, H. (2008). *Afet ve insan; 1999 Marmara depreminin yansımaları*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Fung, O., Loke, A., & Lai, C. (2008). Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6), 698-703.
- Furbee, M., Coben, H., Smyth, K., & Manley, G. (2006). Realities of rural emergency medical services disaster preparedness. *Prehosp Disaster Medicine*, 21(2), 63-70.
- GEA. (2019). GEA hakkında. Erişim http://www.gea.org.tr/?page_id=1355
- Guha-Sapir, D., Hoyois, P., Wallemacq, P., & Below, R. (2016). *Annual disaster statistical review 2016: The numbers and trends*. Brussels: CRED.
- Gülen, A. R. (2008). *Deprem risk analizi ve şehirleşmede Balıkesir kent merkezi örneği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Güler, Ç. ve Çobanoğlu, Z. (1994). Afetler. *Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi*, 33. Erişim <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/css33.pdf>
- Güler, E. (2012). *Afet yönetimi: Cumhuriyet dönemi afet yönetimi mevzuatı ve uygulaması* (Yayımlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Günaydın, M., Tatlı, Ö. ve Genç, E. (2017). Arama kurtarma örgütleri ve ulusal medikal kurtarma ekipleri (UMKE). *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*, 3(1), 56-63.
- IFRC. (2017). *What a disaster?* Erişim <https://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/what-is-a-disaster/>
- İTÜAFYM. (2001). *Acil durum yönetim ilkeleri*. İstanbul: İTÜ Afet Yönetimi Merkezi Yayınları.

- Jan ten Duis, H., & Van der Werken, C. (2003). Trauma care systems in the netherlands. *International Journal Of The Care Of The Injured*, 34(9), 722-727.
- Kadioğlu, M. (2008). Küresel iklim değişikliğine uyum stratejileri. *Kar Hidrolojisi Sempozyumu Bildiri Kitabı 27-28 Mart 2008* içinde (s. 69-94). Erzurum: DSİ 8. Bölge Müd. Yay.
- Kadioğlu, M. (2009). *Birey ve aile için depremde ilk 72 saat*. İstanbul: İstanbul Sismik Riskin Azaltılması ve Acil Durum Hazırlık Projesi (İSMEP) Yayınları.
- Kadioğlu, M. (2015). *Afet ve acil durum yönetimine giriş*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Karaman, Z. (2016). Afet yönetiminde erken uyarı ve afet tipleri. Z. Karaman ve A. Altay (Ed.), *Bütünleşik Afet Yönetimi* (ss. 221-248). İzmir: İlkem Yayınları.
- Karcioğlu, . ve Yıldıırım, G. (2006). Acil tıp sisteminde sürüş güvenliği ve acil araç sürücülerinin eğitimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(3), 135-142.
- Keleş, R. (2008). *Kentleşme politikası*. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.
- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.)*. New York: Guilford Publications.
- Kocur-Bera, K. (2018). A Safe Space of Rural Areas In The Context of The Occurrence of Extreme Weather Events—A Case Study Covering A Part of The Euroregion Baltic. *Land Use Policy*, 71, 518-529.
- Koç, D., Babayiğit, H. ve Esen, ř. (2016). Hastane ncesi acil sağlık hizmetlerinin gelişimi ve Bartın il ambulans servisine bağlı acil sağlık hizmetlerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5, 35-46.

- Koçyiğit, A. (2002). Çay (Afyon) Depreminin Kaynağı ve Ağır Hasarın Nedenleri: Akşehir Fay Zonu. *Cumhuriyet Bilim Teknik*, 779, 6.
- Maya, İ. ve Çalışkan, C. (2016). Dünyada lisans derecesi düzeyinde afet eğitimi ve öğretimi yapan programların değerlendirilmesi ve Türkiye örneği. *Journal of Turkish Studies*, 11(9), 579-604. doi: 10.7827/TurkishStudies.9761.
- MEB. (2011). *Acil sağlık hizmetlerinin yapısı*. Ankara: T.C. MEB.
- NASAR. (2018). *Nasar hakkında*. Erişim <http://www.nasar.org/about/>
- Noji, E. (2005). Disasters: Introduction and State of Art. *Epidemiologic Reviews*, 27(1), 3-8.
- OCHA. (2015). *INSARAG yönergeleri. Cilt II: Hazırlık ve müdahale. Kılavuz B: Operasyonlar*. Erişim <https://samsun.afad.gov.tr/upload/Node/7941/files/kitap3.pdf>
- Özbayram, G. (2018). *Doğal afetler ve yerel topluluk liderleri: Balıkesir örnek olay incelemesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Özcan, F. (2013). *Hemşirelerin afetlere hazır olma durumu ve hazırlık algısı* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özgüven, B. (2006). *İlköğretim öğrencilerine verilen temel afet bilinci eğitiminin bilgi düzeyine etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Petal, M. ve Türkmen, Z. (2001). *ABCD temel afet bilinci el kitabı*. İstanbul: B.Ü. Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü.
- Redmond, A. (2005). Natural disasters. In A. Redmond, P. Mahoney, J. Ryan, C. Macnab & L. Owen (Ed.), *ABC of Conflict and Disaster* (pp. 1259-1261). London: BMJ.

- Reilly, M., Markenson, D., & DiMaggio, C. (2007). Comfort level of emergency medical service providers in responding to weapons of mass destruction events: Impact of training and equipment. *Prehospital and Disaster Medicine*, 22(4), 297-303.
- SAGM. (2017). *T.C. Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yılı 2016*. Erişim <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>
- Sağlık Bakanlığı. (2000). *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*. Erişim <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspix?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=acil%20sa%C4%9F1%C4%B1k>
- Sağlık Bakanlığı. (2006). *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*. Erişim <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/31310,1-ambulanslar-ve-acil-saglik-araclari-ile-ambulans-hizmetleri-yonetmeligipdf.pdf?0>
- Sağlık Bakanlığı. (2009). *Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Tebliği*. Erişim <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326-4.htm>
- Sağlık Bakanlığı. (2013). *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. Erişim <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/09/20130920-8.htm>
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research-Online*, 8(2), 23-74.
- Songer, T. (1999). *Epidemiology of disasters*. Erişim <http://www.pitt.edu/~epi2170/lecture15/sld007.htm>
- Sümer, N. (2000). Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.

- Şahin, C. ve Sipahioğlu, Ş. (2007). *Doğal afetler ve Türkiye*. Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.
- Şen, G. ve Ersoy, G. (2017). Hastane afet ekibinin afete hazırlık konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 122-130.
- Şimşek, Ö. (2007). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş, temel ilkeler LISREL uygulamaları (1. Baskı)*. Ankara: Ekinoks Yayınevi.
- TABB. (2018). *1918-2018 yılları arası Türkiye’de yaşanan afetlerin türüne ve sayılarına göre dağılımı. “Bilgi Kartı Sayısına Göre Raporlar”*. Erişim <https://tabb.afad.gov.tr/>
- Tabuk, M. (2018). Matematiğe İlişkin Tutum Ölçeğinin Kısa Formunun Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), 84-95.
- Tabuk, M. ve Tabuk, M. (2018). Öğretmen adaylarının matematiğe ve matematik öğretimine ilişkin tutumları. *Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 52-66.
- Tağıl, Ş. (2004). Balıkesir Ovası ve Yakın Çevresinin Neoteknik Özellikleri ve Depremselliği. *Coğrafya Bilimler*, 2(1), 73-92.
- Tanırcan, G., Püskülcü, S., Necmioğlu, Ö. ve Özel, N. (2014/2017). *Tsunami bilgilendirme el kitabı*. Erişim http://www.koeri.boun.edu.tr/aheb/pdf%20dokumanlar/tsunami_kitap.pdf
- Taşkıran, G. (2015). *Bir kamu üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerin afetlere hazır oluşluluk durumları* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniveristesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tercan, B. (2015). *Hemşirelerin afetlere karşı hazır olma durumları ve hazırlık algıları* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gümüşhane Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Thomas, T. (2005). Developing and Implementing Emergency Medicine Programs Globally. *Emergency Medicine Clinics Of North America*, 23(1), 177-197.
- TMMOB. (2010). *Madencilikte yaşanan iş kazaları raporu*. Erişim http://www.maden.org.tr/resimler/ekler/9bd3e8809c72d94_ek.pdf
- Toker, S. ve Küçükylmaz, Ü. (2001). Acil sağlık sistemi nedir ? Türkiye'nin ulusal acil sağlık sistemine genel bir bakış. *Dirim Tıp Dergisi*, 2, 11-16.
- TSHGM. (2010). *Afetlerde sağlık hizmetleri birimi ve ulusal medikal kurtarma ekiplerinin görevleri ve çalışma esaslarına dair yönerge*. Erişim <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2506,umke-yonergesipdf.pdf?0>
- TÜİK. (2017). *Temel istatistikler*. Erişim www.tuik.gov.tr
- UMKE. (2012). *UMKE 21 bölgeye ayrıldı*. Erişim <http://www.umke.org/turkiye/umke-21-bolgeye-ayrildi-h2059.html>
- UMKE. (2013). *Umke tarihçesi*. Erişim <http://www.umke.org/umke-tarihcesi-s14.html>
- UMKE. (2016). *T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*. Erişim <http://www.acilafet.gov.tr/belge/1-44943/umke.html>
- UMKE. (2018). *Umke nedir ?* Erişim <https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR,51237/umke-nedir.html>
- UNISDR. (2009). *2009 UNISDR terminology on disaster risk reduction*. Erişim https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf
- Uslu, Y. (2017). *112'de çalışan personelin çalışma koşullarına göre dikkat ve konsantrasyon düzeylerinin değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara.
- WHO. (2007). *Risk reduction and emergency preparedness: WHO six-year strategy for the health sector and community capacity development*. Geneva: WHO. Erişim

https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_preparedness_eng.pdf

- Wilhite, D., & Glantz, M. (1985). Understanding the drought phenomenon: The role of definitions. *Drought Mitigation Center Faculty Publications*, 10(3), 111-120. doi:10.1080/02508068508686328.
- Yavaş, H. (2001). Doğal Afet Yönetimi ve Yerel Gündem 21 Çalışmaları Kapsamında İzmir'de Deprem Riski. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(3), 118-138.
- Yerlikaya, Ö. (2015). *Çalışma hayatında tükenmişlik (Edirne 112 acil sağlık çalışanları örneği)* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldız, A. (2014). *Ülkemizde afet yönetimi, Gümüşhane örneği ile Gümüşhanede yaşayan üniversite gençlerinin afetle ilgili bilgi düzeyleri* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gümüşhane Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gümüşhane.
- Yılmaz, A. (2005). *Türk kamu yönetiminin sorun alanlarından biri olarak afet yönetimi*. Ankara: PEGEM.
- Yılmaz, A. (2014). *112 acil sağlık hizmetleri sunumunu etkileyen faktörler (Konya örneği)* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, F. ve Ersoy, A. (2014). Beşinci sınıf öğrencilerinin BİT erişim olanakları ve BİT okuryazarlık düzeyleri arasındaki dijital bölünme. *Journal of Educational Science*, 2(2), 16-32.
- Yılmaz, H. (2017). *Nükleer afetlerde kriz yönetimi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gümüşhane Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gümüşhane.

Zafar, N., & Hamra, A. (2017). Formal model of earthquake disaster mitigation and management system. *Complex Adaptive Systems Modeling*, 5(10), 1-29. doi: 10.1186/s40294-017-0049-8.



Ekler

Ek A: Anket Formu

Ek B: Afete Hazırlık Algısı Ölçeği

Ek C: Araştırma Etik Kurul Onay Raporu

Ek D: Kurum İzni

Ek E: Yazar İzni

Ek F: Balıkesir 112 ASHİ Listesi



Ek A: Anket Formu

BALIKESİR 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İSTASYONLARINDA ÇALIŞAN PERSONELİN AFETE HAZIR OLMA DURUMU VE HAZIRLIK ALGISI

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Afet Eğitimi ve Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak planlanmıştır. Planlama aşamasında araştırmanın amaçları ve hedefleri ile ilgili "Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi" bilgilendirilerek, araştırmanın yapılması için gerekli etik izinler ve onamlar alınmıştır.

Çalışmanın amacı, Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personelin 'Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı'nı belirlemektir. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi, sizlerin konu ile ilgili sorulara verdiği yanıtların değerlendirilmesi ile yapılacaktır.

Anket formu üzerine kimlik bilgisi yazmanıza gerek yoktur. Vereceğiniz yanıtlar sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, resmi ya da gayri resmi başka hiçbir kurumla paylaşılmayacaktır. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğinizi gösterecektir.

Katkınız için teşekkür ederiz.

Okan ASLANTAŞ

okanaslantas@gmail.com

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Afet Eğitimi ve Yönetimi T.li Yüksek Lisans Öğrencisi

ANKET NO :

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

A) Erkek B) Kadın

3. Eğitim Durumunuz :

A) Lise B) Ön Lisans C) Lisans D) Yüksek Lisans E) Doktora

4. Mesleğiniz:

A) Doktor B) AABT(Paramedik) C) ATT D) Şoför

E) Diğer

5. Bu meslekte kaç yıldır çalışıyorsunuz?

A) 1 Yıldan Az B) 1 – 5 Yıl C) 6 – 10 Yıl
D) 11-15 Yıl E) 16-20 Yıl F) 20 Yıldan Fazla

6. Afet denildiği zaman aklınıza ilk gelen aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Deprem, Sel, Heyelan, Çığ, Fırtına D) Trafik, Gemi, Uçak ve KBRN Gibi Kazalar
 B) Grip, Dizanteri ve Kene Gibi Salgınlar E) Gıda, Karbonmonoksit Zehirlenmesi
 C) Patlama, Orman Yangını F) Savaşlar, Çatışmalar ve Terörist Eylemleri

7. Şu ana kadar almış olduğunuz eğitimler içerisinde afet ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- A) Evet B) Hayır (Cevabınız Hayır ise 8. ve 9. soruyu atlayınız.)

8. Afet ile ilgili nerede ve hangi eğitim/eğitimleri aldınız? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

- Sağlık Yüksek Okulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümünde;
 A) Okuyor (..... sınıf)
 B) Mezun
- Sağlık Bakanlığının verdiği UMKE temel eğitimi
 Mezuniyet sonrası özel bir kurs programı (-KBRN, Yangın Bilgisi vs-yazınız)
 Diğer (TEMEL AFET BİLİNCİ, TAG vb – yazınız)

9. Almış olduğunuz afet eğitiminin içeriğini belirtiniz.

- A) Teorik B) Teorik + Uygulama

10. Meslek yaşamınızda hiç afet ve/veya olağan dışı durumlarda görev aldınız mı?

- A) Evet (..... kez) B) Hayır (Cevabınız Hayır ise 11. soruyu atlayınız.)

11. Ne tür bir afet ve/veya olağan dışı durumda görev aldığınızı işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Deprem Yangın Toprak Kayması
 Sel KBRN Durumu Diğer (.....)

12. Daha önce herhangi bir afet ve/veya olağan dışı durumlarda ilgili bir tatbikatta görev aldınız mı?

- A) Evet (Kaç Kez ? Hangi Tatbikat ?) B) Hayır

13. Aşağıdaki durumlarda 112 Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin rolü olduğunu düşünüyor musunuz? Lütfen işaretleyiniz.

- | | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| • Afet Öncesi Dönemde | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Fikrim Yok |
| • Afet Sırasında | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Fikrim Yok |
| • Afet Sonrası Dönemde | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Fikrim Yok |

14. Bir 112 Acil Sağlık Hizmetleri personeli olarak afete karşı daha bilinçli ve hazırlıklı olabilmek için aşağıdaki hangi kurs veya kursların alınmasını gerekli görüyorsunuz? Gerekli gördüğünüz kursların yanına (X) işareti koyunuz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Kurslar	(X)
1. Afet Yönetimi	
2. İlk Yardım	
3. Saha Triağı	
4. Temel Yaşam Desteği	
5. Travma İleri Yaşam Desteği	
6. İleri Kardiyovasküler Yaşam Desteği	
7. Erişkin İleri Yaşam Desteği	
8. Çocuklarda İleri Yaşam Desteği	
9. Travma Sonrası Ruhsal Bakım	
10. Enfeksiyon Kontrolü	
11. Afet ve Kriz Durumlarında İletişim	
12. HİÇBİRİNİN gerekli olduğunu düşünmüyorum.	

15. 112 Acil Sağlık Hizmetleri istasyonunda çalışan bir personel olarak, afetlere karşı kendi hazırlıklı olma durumunuzu işaretleyiniz. 0 ile 10 arasında size en uygun gelen rakamı işaretleyiniz. [“0” Tamamen Hazırlıksız, “10” Tamamen Hazırlıklı durumu, gösterir.]

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Tamamen HAZIRLIKSIZ						Tamamen HAZIRLIKLİ					

16. Size göre çalıştığınız Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunuzun afetlere karşı hazırlıklı olma durumu nedir? Derecelendiriniz.

Hiç Hazır Değil Kısmen Hazır Tamamen Hazır

Ek B: Afete Hazırlık Algısı Ölçeği

AFETE HAZIRLIK ALGISI ÖLÇEĞİ		<u>Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz</u>				
		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
HAZIRLIK EVRESİ	1. Afete kendimi daha hazır hissetmem için düzenli hizmet içi eğitimlerle bilgilerimi tazelemem gerekir	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	2. Afete kendimi daha hazır hissetmem için düzenli tatbikatlarla bildiklerimi pekiştirmeliyim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	3. Ülkemizde bir afet gelişmesi durumunda, hangi birimlerden (afete müdahale, arama-kurtarma, lojistik destek, bölge haberleşme birimleri vs.) destek isteyeceğimi önceden bilmeliyim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	4. Afete hazırlık konusunda bilgilerimi sorgulamalı, bilmediklerimi öğrenmeliyim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	5. Afet esnasında kullanılacak iletişim zincirini bilmem önemli	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	6. Afet esnasında yapılması gerekenleri öncelik sırasına göre bilmeliyim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
MÜDAHALE EVRESİ	7. Aldığım eğitimlerin (lisans, hizmet içi eğitim vs.) afete hazır olmam için yeterli olduğunu düşünüyorum	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	8. Acil durum planı uygulama ve afet yerini boşaltma gibi prosedürleri yerine getirebilirim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	9. Sahada (afet bölgesinde) afetzedelere triaj uygulayabilirim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	10. Afet durumunda afetzedelere ilk müdahaleyi yaparak bakım verebilirim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	11. Patlayıcılarla yapılan terörist eylemlerine maruz kalan topluluklara bakım verebilirim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	12. Biyolojik ya da kimyasal saldırılara uğrayan topluluklara bakım verebilirim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	13. Bulaşma oranı yüksek olan salgın hastalık durumlarında bulunduğum ortamdaki kontaminasyonu önleyebilirim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	14. Afet durumlarında doktor denetimi olmaksızın hastalara ön müdahale uygulayabilecek kadar kendime güveniyorum	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
15. Afetzedeleri kurtarma aşamasında sağlık ekibinin her bölümünde çalışabilirim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	
AFET SONRASI EVRESİ	16. Afet sonrasında üzerime düşen rollerin bilincindeyim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	17. Afet sonrasında afetzedelere psikolojik destek sağlayabilirim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	18. Afetzedelerde görülebilecek Akut Stres Bozukluğu ve Post Travmatik Stres Sendromunun belirti ve bulgularını fark edebilirim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	19. Afet sonrasında travmatik durum içerisinde olan bireylere tedavi alana kadar kendilerine yetebilmeleri için gereken eğitim verebilirim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○
	20. Afet sonrasında afetzedelere sağlıklı yiyecek, içecek, barınak gibi ihtiyaçların temininde üzerime düşen görevleri yerine getirebilirim	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○

Ek C: Araştırma Etik Kurul Onay Raporu



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER VE EĞİTİM BİLİMLERİ ETİK KURULU

PROJE/ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME SONUÇ RAPORU

Toplantı Tarihi	31.07.2017
Toplantı Sayısı	05
Başvuru protokol numarası	2017/19
Başvuru tarihi	06.07.2017
Proje/araştırma başlığı	Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personelin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı
Proje/araştırma yürütücüsü	Okan ASLANTAŞ
Karar	Bilimsel araştırma etik kurallarına uygundur.
Açıklamalar	-----

Yard. Doç. Dr. Muzaffer
ÖZDEMİR
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Şerif KORKMAZ
Raportör/Üye

Doç. Dr. Gökhan GÖKULU
Üye

Doç. Dr. Mustafa GÖRÜN
Üye

Doç. Dr. Ramazan DEMİR
Üye

Ek D: Kurum İzni



T.C.
BALIKESİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
BALIKESİR İHARİ VE MALİİŞLER ŞUBE
MÜDÜRLÜĞÜ
18/09/2017 09:11 - 60206642-04113612
50020134016

Sayı : 60206642/799
Konu : Anket Çalışması

VALİLİK MAKAMINA

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Okan ASLANTAŞ'ın. "Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personelin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı" konulu tez çalışmasında kullanılmak üzere yazımız ekinde yer alan anket çalışması Müdürlüğümüz Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğüne bağlı 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında çalışmakta olan personele uygulama talebi Müdürlüğümüzce değerlendirilmiş olup anket çalışmasının uygulanmasında bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinizi ve söz konusu anketin 18.09.2017-15.02.2018 tarihleri arasında Müdürlüğümüz Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğüne bağlı 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında çalışmakta olan personele uygulanmasını olurlarınıza arz ederim.

Dr. Yasin YILMAZ
İl Sağlık Müdürü

OLUR

17.19/2017

Bayramali KÖSE

Vali a.

Vali Yardımcısı

Bahçeli Evler Mah.100.Yıl Cad.289 Sokak Alneyli/BALIKESİR 0 266 243 03 66

Bilgi için:Arzu ÖZYAR

Faks No:0 266 243 33 59

Unvan:EBE

Telefon No:02662430366-3104

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4968e719-133c-4160-9dfb-911a41c4034b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
BALIKESİR VALİLİĞİ
BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BALIKESİR
EĞİTİM BİRİMİ
31/07/2018 19:08 - 60206642 - 799 - E.914



00073975663

Sayı : 60206642-799
Konu : Okan ASLANTAŞ' ın Bilimsel
Çalışma İzni

Sayın Okan ASLANTAŞ

İlgi : Okan ASLANTAŞ'ın 18/07/2018 tarihli Bilimsel Çalışma Süre Uzatma Talebi.

İlgi yazıya istinaden; 18.07.2018 tarih ve 73225407 barkod nolu dilekçeniz ile Müdürlüğümüze bağlı 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları' nda yürütmüş olduğunuz **“Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Sağlık Personelinin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı”** başlıklı yüksek lisans tezinizin araştırma izni süre uzatma talebiniz; 26.07.2018 tarihinde yapılan Bilimsel Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu toplantısında; çalışma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri incelenerek değerlendirilmiştir. Yürütmekte olduğunuz araştırma iznininin 20 Ocak 2019 tarihine kadar uzatılmasının uygun olduğuna ilişkin Komisyon Kararı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Necati KELEMENÇE
İl Sağlık Müdürü

Ek:
Komisyon Kararı

Güvenli Elektronik İmzalı Aşılı ile Aynıdır
01.08.2018
Zehra GÜVENDİR
Hemşire

Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığı Eğitim
Birimi
Faks No:02662412226
e-Posta:derya.cinar4@saglik.gov.tr İnt.Adresi: balikesir.biis@saglik.gov.tr

Bilgi için:DERYA ÇINAR
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:02662459595

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6d3d3739-f6f0-409e-b49b-2696f6b0da14 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek E: Yazar İzni

TEZ ÇALIŞMASI İÇİN "HEMŞİRELERDE AFETE HAZIRLIK ALGISI ÖLÇEĞİ" KULLANIM İZNI 

Okan Aslantaş <okanaslantas@gmail.com> 2 Eki 2018 Salı 15:56   

Alıcı: saimeerol 

Sayın Saime Hocam Merhabalar ;

İsmim Okan ASLANTAŞ.
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi'nde Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim dalında yüksek lisans yapıyorum. Şu an için, yüksek lisans programının ders kısmını tamamlamış ve tez aşamasında bulunmaktayım.

Tez çalışmamın içerisinde ele almak istediğim temel kitle : "Balıkesir İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personelleri"dir. Tez çalışmamın konusunun temelini ise, yüksek lisansını yapmış olduğum program ile uyumluluk gösteren "Afet" kavramı oluşturmaktadır.

Afetler konusunda 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarının önemi büyüktür. Bu yüzden, sağlık personelinin afetlere karşı hazırlık durumunu ve algı düzeyini ölçmek, afet durumlarında sağlık hizmetlerinin işlevliliğini arttırmak açısından faydalı olacaktır.

Araştırmalarım sonucunda, Yüksek Lisans öğrenciniz Feride Özcan ile birlikte uyarlamış olduğunuz "Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı" tezi içerisinde yer alan "Hemşirelerin Afete Hazırlık Algısı" ölçeğini kendi çalışma grubum ve konum için uygun buldum.

Bu anlamda, "Hemşirelerin Afete Hazırlık Algısı" ölçeğini kendi tez ve anket çalışmam içerisinde kullanmak için sizlerden izin istiyorum.

Cevabınızı en kısa süre içerisinde sabırsızlıkla bekliyorum.

...

Saime Erol <saimeerol@hotmail.com> 2 Eki 2018 16:37   

Alıcı: ben 

Merhaba,
Ölçeği tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Başarılar dilerim.

....

Doç. Dr. Saime Erol
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

Ek F: Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyon Listesi

NO	İL ADI	İLÇE ADI	İSTASYON TİPİ	FAALİYET DURUMU	BİRİM ADI
1	BALIKESİR	KARESİ	İ-6	FAAL	BALIKESİR İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMLİĞİ
2	BALIKESİR	KARESİ	İ-6	FAAL	BALIKESİR İL AMBULANS SERVİSİ KKM
3	BALIKESİR	KARESİ	A2	FAAL	BALIKESİR KARESİ 1 NOLU ASHİ
4	BALIKESİR	KARESİ	A1	FAAL	BALIKESİR KARESİ 2 NOLU ASHİ
5	BALIKESİR	KARESİ	A2	FAAL	BALIKESİR KARESİ 3 NOLU ASHİ
6	BALIKESİR	KARESİ	A2	FAAL	BALIKESİR KARESİ 4 NOLU ASHİ
7	BALIKESİR	KARESİ	C	FAAL	BALIKESİR KARESİ 5 NOLU ASHİ
8	BALIKESİR	KARESİ	A2	FAAL	BALIKESİR KARESİ 6 NOLU ASHİ (UMKE)
9	BALIKESİR	ALTIEYLÜL	A1	FAAL	BALIKESİR ALTIEYLÜL 1 NOLU ASHİ
10	BALIKESİR	ALTIEYLÜL	A2	FAAL	BALIKESİR ALTIEYLÜL 2 NOLU ASHİ
11	BALIKESİR	ALTIEYLÜL	A2	FAAL	BALIKESİR ALTIEYLÜL 3 NOLU ASHİ
12	BALIKESİR	ALTIEYLÜL	A2	FAAL	BALIKESİR ALTIEYLÜL 4 NOLU ASHİ
13	BALIKESİR	ALTIEYLÜL	A2	FAAL	BALIKESİR ALTIEYLÜL 5 NOLU ASHİ
14	BALIKESİR	ALTIEYLÜL	C	FAAL	BALIKESİR ALTIEYLÜL 6 NOLU ASHİ
15	BALIKESİR	AYVALIK	B1	FAAL	BALIKESİR AYVALIK 1 NOLU ASHİ
16	BALIKESİR	AYVALIK	A2	FAAL	BALIKESİR AYVALIK 2 NOLU (ALTINOVA) ASHİ
17	BALIKESİR	AYVALIK	A2	FAAL	BALIKESİR AYVALIK 3 NOLU (ÇAKMAK) ASHİ
18	BALIKESİR	BALYA	A2	FAAL	BALIKESİR BALYA 1 NOLU ASHİ
19	BALIKESİR	BANDIRMA	A1	FAAL	BALIKESİR BANDIRMA 1 NOLU ASHİ
20	BALIKESİR	BANDIRMA	B1	FAAL	BALIKESİR BANDIRMA 2 NOLU ASHİ
21	BALIKESİR	BANDIRMA	A2	FAAL	BALIKESİR BANDIRMA 3 NOLU ASHİ
22	BALIKESİR	BANDIRMA	A2	FAAL	BALIKESİR BANDIRMA 4 NOLU (AKSAKAL) ASHİ
23	BALIKESİR	BANDIRMA	A2	FAAL	BALIKESİR BANDIRMA 5 NOLU ASHİ
24	BALIKESİR	BANDIRMA	C	FAAL	BALIKESİR BANDIRMA 7 NOLU ASHİ
25	BALIKESİR	BİGADIÇ	A2	FAAL	BALIKESİR BİGADIÇ 1 NOLU ASHİ
26	BALIKESİR	BURHANİYE	A2	FAAL	BALIKESİR BURHANİYE 1 NOLU ASHİ
27	BALIKESİR	BURHANİYE	A2	FAAL	BALIKESİR BURHANİYE 2 NOLU (ÖREN) ASHİ
28	BALIKESİR	DURSUNBEY	A2	FAAL	BALIKESİR DURSUNBEY 1 NOLU ASHİ
29	BALIKESİR	EDREMİT	A1	FAAL	BALIKESİR EDREMİT 1 NOLU (ALTINOLUK) ASHİ
30	BALIKESİR	EDREMİT	B1	FAAL	BALIKESİR EDREMİT 2 NOLU ASHİ
31	BALIKESİR	EDREMİT	A2	FAAL	BALIKESİR EDREMİT 3 NOLU (AKÇAY) ASHİ
32	BALIKESİR	EDREMİT	A2	FAAL	BALIKESİR EDREMİT 4 NOLU (KADIKÖY) ASHİ
33	BALIKESİR	EDREMİT	A2	FAAL	BALIKESİR EDREMİT 5 NOLU ASHİ
34	BALIKESİR	EDREMİT	A2	FAAL	BALIKESİR EDREMİT 6 NOLU ASHİ
35	BALIKESİR	EDREMİT	C	FAAL	BALIKESİR EDREMİT 7 NOLU ASHİ
36	BALIKESİR	ERDEK	A2	FAAL	BALIKESİR ERDEK 1 NOLU ASHİ

37	BALIKESİR	GÖMEÇ	A2	FAAL	BALIKESİR GÖMEÇ 1 NOLU ASHİ
38	BALIKESİR	GÖNEN	B1	FAAL	BALIKESİR GÖNEN 1 NOLU ASHİ
39	BALIKESİR	GÖNEN	A2	FAAL	BALIKESİR GÖNEN 2 NOLU ASHİ
40	BALIKESİR	HAVRAN	A2	FAAL	BALIKESİR HAVRAN 1 NOLU ASHİ
41	BALIKESİR	İVRİNDİ	A2	FAAL	BALIKESİR İVRİNDİ 1 NOLU ASHİ
42	BALIKESİR	KEPSUT	A2	FAAL	BALIKESİR KEPSUT 1 NOLU ASHİ
43	BALIKESİR	MANYAS	A2	FAAL	BALIKESİR MANYAS 1 NOLU ASHİ
44	BALIKESİR	MARMARA	A2	FAAL	BALIKESİR MARMARA 1 NOLU ASHİ
45	BALIKESİR	MARMARA	A2	FAAL	BALIKESİR MARMARA 2 NOLU (AVŞA ADASI) ASHİ
46	BALIKESİR	MARMARA	A2	FAAL	BALIKESİR MARMARA 3 NOLU (SARAYLAR) ASHİ
47	BALIKESİR	MARMARA	C	FAAL	BALIKESİR MARMARA 5 NOLU (DENİZ AMBULANSI) ASHİ
48	BALIKESİR	SAVAŞTEPE	A2	FAAL	BALIKESİR SAVAŞTEPE 1 NOLU ASHİ
49	BALIKESİR	SINDIRGI	A2	FAAL	BALIKESİR SINDIRGI 1 NOLU ASHİ
50	BALIKESİR	SUSURLUK	A2	FAAL	BALIKESİR SUSURLUK 1 NOLU ASHİ
51	BALIKESİR	AKÇAY	C	PASİF	BALIKESİR EDREMİT 3 NOLU (AKÇAY MOTORİZE) ASHİ

Özgeçmiş

KİŞİSEL GENEL

Adı Soyadı: Okan ASLANTAŞ

Doğum Yeri: Balıkesir/Bigadiç

Doğum Yılı: 28/02/1994

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

İŞ DENEYİMİ

2017 Eylül – İzmir Esnaf ve Sanatkarlar Odaları Birliği Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi BORNova/İZMİR (İtfaiyecilik ve Yangın Güvenliği Alanı Öğretmeni) (Devam ediyor)

İLETİŞİM ADRESİ

okanaslantas@gmail.com