

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ*SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

AFET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**HASTANELERİN AFETE HAZIRLIK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
(GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Bilal GÜR SOY

OCAK- 2019

GÜMÜŞHANE



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ * SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

AFET YÖNETİMİ ANABİLİMDALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

HASTANELERİN AFETE HAZIRLIK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ:

GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Bilal GÜRİSOY

Doç. Dr. Ahmet Burhan ÇAKICI

OCAK, 2019

GÜMÜŞHANE

Ek 3: Kabul ve Onay Sayfası
KABUL ve ONAY

Doç. Dr. Ahmet Burhan ÇAKICI danışmanlığında **Bilal GÜRSOY** tarafından hazırlanan “**HASTANELERİN AFETE HAZIRLIK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)**” isimli bu çalışma jürimiz tarafından Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü **Afet Yönetimi** Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak Oy Birliği / Oy Çokluğu ile kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Afşin Ahmet KAYA

Üye (Danışman) : Doç. Dr. Ahmet Burhan ÇAKICI

Üye :Dr. Öğretim Üyesi Fehmi Volkan AKYÖN

ONAY

Bu tez/...../..... tarihinde Enstitü Yönetim Kurulunca kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ekrem CENGİZ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlamış olduğum “Hastanelerin Afete Hazırlık Açısından Değerlendirilmesi: Gümüşhane Devlet Hastanesi Örneği” isimli bu çalışmamın, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve alıntı yaptığım tüm çalışmaların kaynakçada yer aldığını taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim-Öğretim yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

<input checked="" type="checkbox"/>	Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
<input type="checkbox"/>	Tezim sadece Gümüşhane Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
<input type="checkbox"/>	Tezimin 5 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

.... / /

[İmza]

Bilal GÜRSOY

ÖNSÖZ

Bugünlere gelmemde emeğini, ilgisini ve sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olduklarını hissettiren, sevgili aileme tüm içtenliğimle teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez hazırlama dönemi içerisinde akademik açıdan bana çokça yardımcı olan, bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan, ilgi ve alakasını eksik etmeyen tez danışman hocam sayın Doç. Dr. Ahmet Burhan ÇAKICI hocama teşekkürü bir borç bilir ve şükranlarımı sunarım. Lisans eğitim döneminden bu yana iyi bir afet yöneticisi ve lider olmamız için çabalayan ve bunun için sayısız fedakârlıkta bulunan SayınÖğr. Gör. Melikşah TURAN hocama, akademik yönde ilerlememizde büyük emekleri olan, afet yönetimi sistemine farklı bir bakış açısı kazandıran Sayın Arş. Gör. Vildan ORAL hocama, edinilen bilgiyi doğru aktarmayı öğreten ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Doç. Dr. Ahmet Afşin KAYA hocama çokça teşekkür ederim.

Tez hazırlama sürecinde her türlü destek veren ve emek harcayan başta değerli arkadaşım Zeynep TOPCU'ya, değerli ekip arkadaşlarım İbrahim KIYMIŞ, Ayşen AYALP ve Meryem AKBULUT'a çokça teşekkür ediyorum. Ayrıca yüksek lisans eğitim dönemindeki tüm diğer hocalarıma ve çok değerli Kubilay YILDIZ'a minnetlerimi sunarım.

ÖZET

[GÜRSOY, Bilal]. Hastanelerin Afete Hazırlık Açısından Değerlendirilmesi: Gümüşhane Devlet Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, 2019 (XI + 75 sayfa)

İnsanlık tarihinin nerdeyse her aşamasında afetler büyük yıkım ve kayıplara neden olmuştur. Her dönemde insanlar afetlerden etkilenmemek için önlemler almaya yönelmiş ve savunmasızlıklarını en az seviyeye indirmeye uğraşmışlardır. Afetlerin ortaya çıkış anında verdiği zarar boyutu çok yüksek bir seviyede olsa bile, afet sonrası iyi bir yönetim olmaması halinde bu kayıpların arttığı geçmiş tarihlerde görülmüştür. Afet yönetimi; toplumun tüm kesimleri ile beraber çalışılarak, afet öncesi ve sonrasında ortak bir eylem planlanması olarak tanımlanabilir. Afet yönetiminin en önemli yapıtaşlarından biri ise risk analizi ve hazırlıklı olmaktır. Afete karşı her zaman diliminde hazırlıklı olmak, olası kayıpların azalmasında önemli rol oynamaktadır. Yapılan risk analizi sonucu alınacak önlemleri belirlemek ve uygulamak iyi bir afet yönetimi için temel unsurlardır. Bu kapsamda afet olması durumunda en fazla sorumluluk ve talebin olacağı sağlık hizmetleri sektörü ve bu sektörün en önemli temsilcisi hastanelerin, afet yönetimi konusunda özellikle hasiyet göstermesi gerekmektedir. Bu sebeple hastane afet hazırlık durumunun değerlendirilmesi konusunda çalışma gerekliliği görülmüştür. Bu çalışma hastane afet hazırlık durumunu değerlendirmek gayesiyle tanımlayıcı olarak yapılacaktır. Çalışmanın hastanelerde ki afet hazırlıklarının değerlendirilmesi ve hazırlık düzeylerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Araştırma Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde görev yapan 203 personele, 2017 yılında Dan VİCK tarafından geliştirilen 'Hastane Kurumsal Hazırlık Değerlendirme Ölçeği' formu kullanılarak yapılmıştır. Dönüt alınan verilerin analizi SPSS paket programı ile yapılmıştır. Anket formunun hastane afet hazırlık düzeyini ortaya çıkarması beklenmektedir. Ayrıca kurumsal afet hazırlık düzeyi ile cinsiyet, eğitim durumu, kurumdaki görevi gibi değişkenler ile aralarındaki ilişkinin tespit edilmesi beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Afet, Afet Hazırlığı, Afetlerde Sağlık Hizmetleri, Hastanelerin Afete Hazırlığı

ABSTRACT

[GÜRSOY, Bilal].Evaluation of Hospitals in terms of Disaster Preparedness: The Case of Gumushane State Hospital, Master Thesis, 2019 (XI + 75 Page)

In almost every stage of human history, disasters have caused great destruction and losses. In every period, people have tried to take measures in order not to be affected by the disasters and they have tried to minimize their vulnerabilities. Even if the level of damage caused by disasters is at a very high level, in the absence of a post-disaster management, these losses have been seen increased in the past. Disaster management; It can be defined as working together with all segments of the society and planning a joint action before and after the disaster. One of the most important building blocks of disaster management is risk analysis and preparedness. Preparedness against disaster every time period plays an important role in reducing the possible losses. Identifying and implementing the measures to be taken as a result of the risk analysis is an essential element for effective disaster management. In this context, the health services sector, which will have the most responsibility and demand in the event of a disaster, and the hospitals that are the most important representatives of this sector, should be particularly vigilant about disaster management. For this reason, the necessity of working in the evaluation of hospital disaster preparedness is seen. This study will be carried out as descriptive to assess the state of disaster preparedness. The survey was conducted with 203 personnel working in Gumushane State Hospital using the Hospital Institutional Preparedness Scale form developed by Dan VICK in 2017. Data were analyzed using SPSS package program. The questionnaire is expected to reveal the level of hospital disaster preparedness. In addition, it is expected to determine the relationship between organizational disaster preparedness level and gender, educational status and the role in the institution.

Keywords:Disaster, Disaster Preparation, Disaster Health Services, Disaster Preparedness of Hospitals

İÇİNDEKİLER

DIŞ KAPAK	
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY	II
BİLDİRİM	III
ÖNSÖZ	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
ŞEKİLLER LİSTESİ	IX
GRAFİKLER LİSTESİ	X
TABLolar LİSTESİ	XI
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1. Afet Kavramı.....	3
1.2. Risk, Tehlike ve Zarar Görebilirlik kavramları	6
1.3. Afetlerin Sınıflandırılması	7
İKİNCİ BÖLÜM	13
2.HASTANELERDE AFET YÖNETİMİ	13
2.1. Afetlerde Sağlık Hizmetlerinin Önemi	13
2.2. Hastanelerin Afet Hazırlığı	15
2.3. Hastane Afet Planı	18
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Problemin Durumu.....	22
3.2. Araştırmanın Amacı.....	22
3.4. Araştırmanın Önemi.....	23
3.5. Araştırmanın Kapsamı	23
3.6. Araştırmanın Kısıtlıkları	24

3.7. Araştırma Modeli	24
3.8. Araştırmanın Hipotezleri.....	25
3.9. Veri Toplama Araçları ve Yöntem.....	25
3.10. Bulgular Ve Yorumlar	28
3.11. Hipotezlerin Değerlendirilmesi.....	46
3.12. Tartışma	47
SONUÇ VE ÖNERİLER	52
KAYNAKÇA	57
ÖZGEÇMİŞ.....	67
EKLER	68

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Afet Riski Oluşum Mekanizması.....	7
Şekil 2. Afet Yönetim Döngüsü	9
Şekil 3. Türkiye Deprem Tehlike Haritası	16
Şekil 4. Gümüşhane İli Deprem Tehlikesi Haritası.....	17
Şekil 5. Gümüşhane İli Heyelan Risk Haritası.....	17
Şekil 6. Araştırma Modeli	24
Şekil 7. Doğrulayıcı Faktör Analizi Path Diyagramı	27

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. 2016 Yılı Türkiye’deki Afet Can Kayıplarının Ve Yaşanan Afet Sayıları.....	6
Grafik 2. Çalışma Yılı Ve Afet Hazırlık Bilgi Puanı İlişki Puanı.....	44
Grafik 3. Yaş Grupları Ve Afet Hazırlık Bilgi Puanı İlişki Puanı	45



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Afetlerden Etkilenen Bireylerin Yıllara Göre Dağılımı.....	4
Tablo 2. Türkiye’de Meydana Gelen Afetler ve Afetlerde Sayıları	5
Tablo 3: Ölçeğin Güvenilirlik Analizi	26
Tablo 4. Doğrulayıcı Faktör Analizine Ait Bulgular	28
Tablo 5. Demografik Verilerin Analizi	29
Tablo 6. Kurumsal Afete Hazırlık Değerlendirme Analizleri.....	32
Tablo 7. Kurumsal Afet Hazırlık Puan Skalası	41
Tablo 8. Kurum Afet Hazırlık Puan Ortalamaları.....	41
Tablo 9. Kurumsal Afet Hazırlık Puanı Ortalamalarının Cinsiyet Durumlarına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 10. Kurumsal Afet Hazırlık Puanı Ortalamaları Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 11. Eğitim Durumları Arasındaki Analiz Sonuçları	43
Tablo 12. Eğitim Durumuna Göre Hazırlık Puanı	43
Tablo 13. Çalışma Yılı İle Afet Hazırlık Bilgi Puanı Arasında Analiz Sonuçları	43
Tablo 14. Çalışma Yılı Varyans Analizi Tablosu	44
Tablo 15. Yaş Grubu İle Afet Hazırlık Bilgi Puanı Arasında Analiz Sonuçları	45
Tablo 16. Yaş Grupları Varyans Analizi Tablosu.....	45

GİRİŞ

Genel olarak afet, toplum bazında yaşamı durduran ya da sekteye uğratan fiziksel sosyal ve ekonomik kayıplara sebebiyet veren ve yaşanan bölgedeki yerel imkânların baş etme gücünün olmadığı beşeri ve doğa kaynaklı olaylardır (Şahin ve Sipahioğlu, 2002: 4). Afetleri ve afet sonrası ortaya çıkaracağı hasarları göz ardı ederek afet hazırlığı yapmak, planlar oluşturmak, senaryoları simüle etmeden kurgulamak veya sürdürülebilir kalkınmanın devamlılığını sağlamak mümkün değildir. Çünkü afet her konuda toplumu ilgilendiren boyutta gerçekleşebilir (Deniz, 2012: 1). Afetlerin verebileceği büyük zararlar önlem alınmadığı takdirde can ve mal kaybı, ekonomik çöküntü, afet sonrası salgın hastalık gibi toplumun genelini kapsayan bir potansiyele sahiptir. Çünkü afetler fakir, zengin, erkek, kadın, genç, yaşlı, yerli, yabancı vb. farklı grupları etkilediğinden, tüm bu grupların ihtiyaçları ve endişeleri mutlaka afet yönetim planları politika ve stratejilerine entegre edilmelidir (Briceno, 2002: 3). Kaliteli bir afet yönetimi tüm ülke unsurları ile beraber koordineli olunursa başarılı olabilir. Bu kapsamda afetlerde mesleki görevi olan veya olmayan her vatandaşın kendi afet hazırlığını yapması, kurumsal bazda yapılan plan ve uygulamalarda etkin bir şekilde görev alabilecek yeterlilikte olması beklenmektedir. Afet sonrasında hizmet veren kurumların bu açıdan diğer kurumlara nazaran daha titiz olması gereklidir. Hastaneler bu konuda en büyük iş güçlerinden birini yüklenmektedir.

Son 30 yılda yapılan kapsamlı afet araştırmaları, hastanelerin bir felaket sonrasında orta dereceli hastalarla başa çıkmada büyük zorluk yaşadığını göstermiştir (Noji, 1992: 31709). Bu zorluğun nedenleri arasında karışıklık, planlama eksikliği ve acil durum eğitiminin olmaması yer almaktadır. Hastaneler genellikle genel toplum afet planlamasında iyi bir bütünlük içerisinde yer almamaktadır (Noji, 2015: 21). Acil tıbbi hizmetler, afet planlamasının ve müdahalesinin tüm aşamalarında hayati öneme sahiptir; kitlesel kazaların önlenmesi, hastalık tedavisi, iletişim, tahliye, hasta naklinin koordinasyonu ve hasta takibi vb. kilit rolleri vardır. Bazı zamanlarda yetkili oldukları bölgelerde, acil tıbbi hizmet personeli, afete müdahale sırasında liderlik rolleri üstlenebilir ve yönetim sisteminin bir parçası olabilir (Catlett vd., 2011: 420). 2005 yılında Japonya'da düzenlenen Dünya Afet Zarar Azaltma Konferansı'nda hastaneler ile ilgili olarak; afet risk azaltma planlamasını sağlık sektörüne entegre etmek; tüm

hastanelerin, afet durumlarında işlevsel olarak kapasitelerini güçlendiren ve mevcut sağlık tesislerini, özellikle de birinci basamak sağlık hizmeti sunanları güçlendirmek için zarar azaltıcı önlemleri uygulayan bir direnç düzeyi inşa edilmesini sağlayarak ‘afetten korunan hastaneler’ hedefinin teşvik edilmesi tartışılmıştır (Hyogo,2011: 11). Bu bağlamda her hastanenin kendi imkânları ile afet ile başa çıkması, afete direnç açısından yeterliliklerini sağlaması beklenmektedir. Bu nedenle çalışma kapsamında, hastanelerin afet sonrası etkin hizmet verebilmesi amacıyla afet hazırlığı değerlendirilmiştir.



BİRİNCİ BÖLÜM

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Afet Kavramı

Afet, ciddi fiziksel hasar veya tahribata, yüksek miktarda can kaybına veya çevrede önemli ölçüde değişikliğe neden olan aniden oluşan bir olayın meydana gelmesiyle sonuçlanan bir olgudur. Bir afet savaş gibi insan kaynaklı ya da deprem, sel gibi doğa kaynaklı olabilir (Viola, 2013: 1). Afet genellikle aniden ortaya çıkan, hasar, ekolojik bozulma, insan hayatının kaybı, sağlık ve sağlık sistemlerinin bozulmasına neden olan ve etkilenen toplumun dış yardıma ihtiyaç duyacağı bir düzeyde kapasitesini aşan olay olarak tanımlanabilir (Landesman, 2001: 1-3). Afetler genellikle doğrudan yaralanmalara bağlı veya dolaylı olarak kontamine yiyecek ve sudan kaynaklanan hastalıklar sebebiyle can kayıplarına neden olmaktadır (Vick, 2017: 2).

Afetlerin etki kapasitesini doğrudan etkileyen pek çok parametre mevcuttur. Bu parametrelerin en önemlileri ise şunlardır (Yılmaz, 2003: 41):

- a. Afetin fiziksel büyüklüğü
- b. Afetin toplu yaşam alanlarına olan mesafe konumu
- c. Ülkenin ekonomik gelişmişlik düzeyi
- d. Nüfus artışı
- e. Kontrolsüz imar ve iskân işlemleri ve sanayileşme
- f. Doğal ortamın yanlış kullanımı veya tahribi
- g. Bilgisizlik ve eğitim eksikliği
- h. Afet hazırlığı kapsamında alınan önlemlerin yeterlilik ve etkinlik düzeyi

Yukarıdaki maddeler ışığında bölgede afetin yaşanma sıklığına bu faktörlerin entegre edilmesiyle bölgenin afet profili oluşturulabilir. Yapılacak yerel politikalarda bu profilin değerlendirilmesi ve geliştirilen yerel stratejilerde baz alınması hayati derecede öneme sahiptir.

Acil durum terimi, yoğun ve hızlı yanıt gerektiren, mevcut toplum kaynakları ile ele alınabilecek olağanüstü bir olayı veya durumu ifade eder. Afet, acil durumdan daha büyük bir olay veya durum anlamına gelir; konut, ulaşım, iletişim, altyapı ve sağlık hizmetleri gibi temel hizmetleri bozar ve etkilenen topluluk dışındaki bireylerin yanıtını gerektirir (Guha-Sapir, 2001: 1). Afet terimi, özellikle halk sağlığı için öngörülemeyen, ciddi ve acil tehditler taşıyan, zarar verebilme potansiyeli yüksek bir olayı veya olayları ifade etmektedir (Gebbie and Quereshi, 2002: 46).

Uluslararası Afet Veri Tabanı (EMDAT) sisteminde 1998 ve 2018 yılları arasında gerçekleşen afetlerin neden olduğu etkilenme verileri Tablo-1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Afetlerden Etkilenen Bireylerin Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	Ölü	Yaralı	Toplam Etkilenen Kişi
1998-2000	18457	53138	4.443,178
2001-2004	1187	2190	639,431
2005-2009	626	607	108,379
2010-2013	1064	4498	47,104
2014-2018	813	959	8038

Kaynak: www.emdat.be, 2018

Doğa kaynaklı afetler içerisinde en çok can ve mal kaybına sebebiyet veren deprem ve sonrasında gelişen tsunami afetleridir. Bu afetlerin, 1994-2013 yılları arasında yaklaşık 750 bin insanın hayatını kaybetmesine neden olduğu bilinmektedir (www.insamer.com: 2016). 1950- 2008 yılları deprem, heyelan, sel, kaya düşmesi çığ ve diğer afetler nedeniyle zarar görmüş insan ve yerleşim birimi sayısı Tablo 2 de gösterilmiştir (Gökçe vd., 2008: 10);

Tablo 2. Türkiye’de Meydana Gelen Afetler ve Afetlerde Sayıları

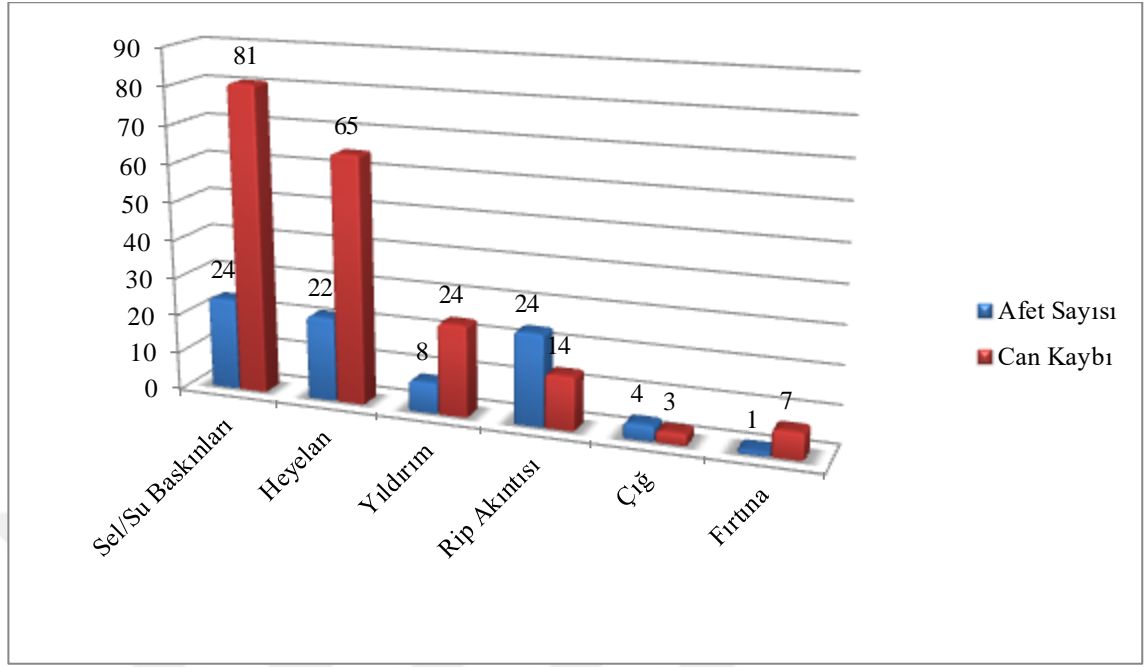
Afetler	Afetlerde Sayısı	Yüzde (%)	Zarar Gören Yerleşim Birimi Sayısı
Deprem	158.214	% 58	3.942
Heyelan	59.345	% 22	5.472
Sel	22.157	% 8	2.924
Kaya Düşmesi	19.422	% 7	1.703
Çığ	4.384	% 2	605
Diğer Afetler	9.327	% 3	992

Kaynak: Gökçe vd., 2008

Afetler verdiği zararlar boyutundan değerlendirildiğinde %58 ile deprem en fazla oranda(158.214 kişi) mağduriyet yaşatmıştır. Ancak yaşanma sıklığı daha fazla olan heyelan afeti 59.342 kişi ve 5.472 haneye zarar vermiştir. Bu afetlerin yanı sıra sel, kaya düşmesi ve diğer afetlerde tabloda görülen istatistiksel oranda mağduriyete sebep olmuştur (Gökçe vd., 2008: 10).

Türkiye’de sadece 2016 yılında 323 adet doğa kaynaklı afet meydana gelmiştir. Bu afetlerin sayısal dağılımı ise: 81 sel/su baskını (%25), 65 heyelan (%20), 59 hortum (%18), 70 fırtına/şiddetli rüzgâr (%22), 24 yıldırım (%7,4), 3 çığ (%0,9), 14 rip/çeken akıntı ve diğer afetler (%2,8) dir. Ayrıca sadece 2016 yılında 83 kişi doğa kaynaklı afetler nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Bu kayıpların yaşandığı afetlerse: sel afetinde 24 kişi, heyelan afetinde 22 kişi, rip/çeken akıntıda boğulma vakalarında 24 kişi, yıldırım vakasında 8 kişi, çığ ve fırtına da toplam 5 kişidir (Grafik:1) (Ersoy ve Özmen, 2017: 13-27). Büyük bir yıkıma neden olmayan deprem afeti yaşanmadığında Türkiye’de afet yaşanma sıklığı yukarıda görüldüğü gibidir. Ancak yaşanacak olası bir deprem, yıkım gücüne bağlı olarak zarar verebilirliği yüksek ve aşırı miktarda can kaybına neden olabilmektedir.

Grafik 1.2016 Yılı Türkiye’deki Afet Can Kayıplarının Ve Yaşanan Afet Sayılarını



Kaynak: Ersoy ve Özmen, 2017

1.2. Risk, Tehlike ve Zarar Görebilirlik kavramları

Risk, mevcut bir tehlikenin insanlara ve çevreye verebileceği zararın büyüklüğüdür (Kadıoğlu ve Bek, 2009: 13). Afet riski, belli bir zaman diliminde yaşam kaybı, yaralanma veya yıkım ve bir felaketten kaynaklanan hasar ihtimalidir (www.preventionweb.net, 2018).

Tehlike ise, yaşam kaybı, yaralanma veya diğer sağlık etkilerine, maddi hasara, sosyal ve ekonomik bozulmaya veya çevresel bozulmaya neden olabilecek bir süreç, olay veya insan faaliyetidir. Tehlikeler doğa kaynaklı, insan kaynaklı veya sosyolojik kökenli olabilirler (www.unisdr.org, 2018).

Zarar görülebilirlik ise, bir tehlikenin fiziksel, sosyal, ekonomik veya çevresel etkilerinden birey ya da toplum yaşamının kısmen ve ya bütünsel olarak etkilenme derecesidir (www.unisdr.org, 2018).

Şekil 1. Afet Riski Oluşum Mekanizması



Kaynak: Kitamoto,2005

Deprem gibi doğa kaynaklı olaylar tek başına afet niteliği taşımamaktadır. Afet kategorisinde değerlendirilmesi için o bölgede yaşayan insan nüfusunun etkilenmesi gerekmektedir. Bu nedenle bu gibi olaylar ‘tehlake’ olarak adlandırılmaktadır (Kitamoto,2005: 5).

Afet riski matematiksel olarak: Risk = Tehlike x Değer (Etkilenebilecek unsurlar; insan, mülkiyet vb.) x Zarar Görebilirlik (Etkilenme oranı) olarak ifade edilebilir (Gökçe vd., 2008: 14). Bu formülden sonuç alınabilmesi için; nüfus, çevresel özellikler, yapı ve alt yapı durumu, ekonomik ve sosyal değerler, afetin oluşum sıklığı, tekrarlanma süresi, etkili olabileceği bölge alanı gibi değerlerin elde edilmesi gereklidir.

1.3. Afetlerin Sınıflandırılması

Afetler kökenlerine bakılarak doğa ve fiziksel hadiseler kaynaklı ve insan/beşeri kaynaklı olarak iki ana başlıkta toplanabilir (Ergünay, 2009: 3; Khojasteh, 2014: 1; Kaya, 2013: 31). Afetler iki tür hadisenin sonucu olarak meydana gelirler: doğal ve

fiziksel hadiselerin sebep olduğu afetler ve insanların eylem ve ihmallerinin sebep olduğu afetlerdir (Kanlı ve Ünal, 2004: 103-112).

1.3.1. Doğa Kaynaklı Afetler

Depremler, tayfun, tropik siklon, volkanik patlama, sel, kuraklık ve kendiliğinden ortaya çıkan yangınlar doğa kaynaklı afetlerdir (www.afad.gov.tr, 2018). Ayrıca salgın, aşırı sıcaklık, böcek istilası, kütle hareketi ve fırtına gibi afetler doğa kaynaklı afetler olarak değerlendirilmektedir (Khojasteh, 2014: 1). Doğa kaynaklı afetleri, meteorolojik ya da jeolojik vakaların insanlara veya toplumlara yaşattığı maruziyetin sonuçları olarak tanımlamak mümkündür (Yavaş, 2005: 280-301).

Doğa kaynaklı afetler genel bir ifade ile yeryüzünün taş küre, gaz küre yani atmosfer ve su küre katmanlarında oluşan hareketlenmenin tetiklemeyle meydana gelen afetlerdir (Akdur, 2001: 1-39).

1.3.2. İnsan Kaynaklı Afetler

Politik ve insan faktörlerinin etkin olduğu savaşlar, iç çatışmalar, terör eylemleri, büyük göçler, endüstriyel kazalar vb. olaylar ve bunların doğurduğu sonuçların tümü insan kaynaklı afetlerdir (AFAD, 2014: 91).

Ayrıca taşıt kazaları, kimyasal patlamalar, su kirliliği, nükleer kazalar, yapı yıkılması sonucu yüksek miktarda can kaybı, yangın, patlamalar, çoklu zehirlenme, isyan eylemleri, çevre kirliliği ve çoklu intihar gibi afetler insan kaynaklı afetlerdir (Tekin, 2015: 6; Yağcı, 2008: 1).

1.4 . Afet Yönetimi

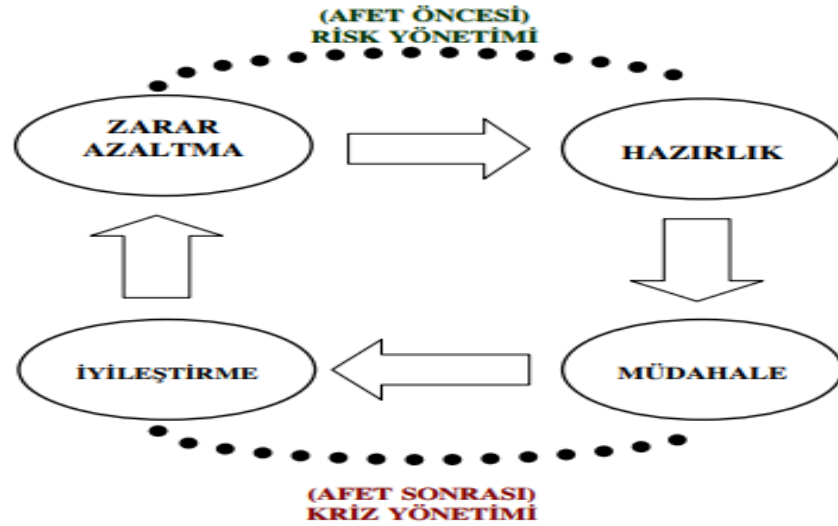
Afet yönetimi öncelikle toplumun her bir bireyi ile koordine halde gerçekleştirilebilecek bir sistemdir. Bu koordinasyon ile tüm kurum ve kuruluşlar ile toplumun tüm fertleri afet yönetiminde etkin bir yönetime imkân sağlayabilir (Turan, 2014: 6). Afet yönetimi genel bir ifadeyle bir afeti pek çok farklı noktadan

değerlendirmek amacıyla izlenen politika, karar verilen yönetim kuralları ve yapılan eylemlerin tamamını kapsayan sistemdir (Gökce vd., 2008: 6).

Afet yönetimi, afete neden olabilecek risk ve tehlikelerin analiz edilerek önleme ve zarar azaltma amacıyla afetten önce en uygun mücadele yönetiminin belirlenmesidir (Erkal ve Değerliyurt, 2009: 147-164). Afet yönetimi süreklilik gerektiren bir yönetim sistemidir. Afet yönetim sisteminin gerçekleşen afetin büyüklüğüne ve çeşidine göre şekil alabilen dinamik bir sistem olduğu söylenebilir (Akyel, 2007: 32).

Gelişmekte olan bir toplumda afet yönetimi alanını şekillendiren iki önemli değişiklik, insan hakları temelli bir çerçeveye geçiş ve afet yönetimi sektöründe toplum üyelerinin afet yönetim sürecinde oynadıkları kritik rolün tanınmasıdır (Krolık, 2013: 44-48). Afet yönetimi disiplini geleneksel olarak katılımcı bir alan olarak görülmemiştir. Yirminci yüzyılın ortalarında sivil savunma dönemindeki kökleri ile modern afet yönetimi, askeri merkezleşmiş komuta ve kontrol modelinden türetilmiştir. Buda, etkilenen nüfusu yardımsız mağdurlar olarak kabul ederek müdahale etmektedir (Gunawan vd., 2011: 308-316).

Şekil 2. Afet Yönetim Döngüsü



Kaynak: Şahin, 2013

Afet yönetim sistemi zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme olarak 4 ana aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar birbiri ile döngü içerisinde bulunmakta ve bazı zamanlarda birbiri ile aynı zaman zarfında etkinlik gösterilebilmektedir. Bu

nedenle bu aşamaları kesin olarak birbirinden ayırmak mümkün değildir (Şahin, 2013: 131-143)

1.4.1. Zarar Azaltma

Herhangi bir afet için mümkün olan bütün risklerin engellenmesi ve zarar görülebilirliği en aza indirecek şekilde alınabilecek bütün önlemlerin alınması ve gerçekleştirecek eylemlerin planlanması işlemleri bu aşamada yapılmaktadır (Ergünay, 2009: 6). Bu aşamada yapılması gereken en önemli çalışma halkın bilgilendirilmesi ve eğitimidir. Toplum bazında yapılacak etkili eğitimler ile can ve mal kaybını yüksek oranda önlemeye çalışılmasıdır (Başegmez, 2017: 9).

Bu aşamada can kaybını engellemek veya azaltmak için öncelikli olarak yapılacak görevler şunlardır;

- Hukuksal gerekliliklerin ve mevzuatın değerlendirilmesi,
- Afet risk ve tehlike haritalarının güncel veriler ile güncellenmesi ve sürekliliğinin sağlanması,
- Yerel afetselliğin belirlenmesi için çalışmalar yapılması,
- Teknik ve bilimsel araştırmaların planlanması ve etkin hale getirilmesi,
- Afet önleyici teknik önlemlerin geliştirilmesi,
- İmar ve yerleşim alanlarının risk ve tehlike analizi yapılarak, çalışmanın yapıldığı bölgenin yerleşime uygunluk açısından değerlendirilmesi ve kayıt altına alınması,
- Toplumun afetlerden korunmasına yönelik duyuru, ilan ve akabinde eğitimler verilmesi,
- Afet sonrası geçici bakım ve barınma hizmeti verecek birimlerin planlanması (Kadıoğlu, 2008: 14; Çelikli, 2014: 14).

1.4.2. Hazırlık

Yaşanabilecek bir afet öncesinde, afetten sonra uygulanacak müdahale süresi boyunca yapılması gereken hazırlıkların planlanması ve oluşturulacak koordine

sisteminin alt yapısının hazırlandığı aşamadır. Öncelikli olarak erken uyarı sistemlerinin kurulması, ikaz alarm sistemlerinin inşası ve denetimi, tahliye planlaması ve müdahale sistemlerinin oluşturulması gereken aşamadır (Karaaslan, 2015: 16). Hazırlık evresi, hükümeti, afet sonrasında müdahalede bulunacak ekipleri ve toplumu bir afetle baş edebilmek için hazırlık faaliyetlerin oluşturulduğu evredir. Bu tür faaliyetler, uygulama, eğitim ve tatbikat programının düzenlenmesi veya kriz karşıtı planların artırılması olarak değerlendirilebilir (Vafaei ve Oztaysı, 2014: 7).

Hazırlık aşaması başa çıkmayı içermektedir. Bu aşamada afet müdahale ekipleri afete müdahale tekniklerinin stratejisini belirlemektedir. İşgücüne ek olarak, dondurucu tesislere gıdaya erişim vb. için yapılan düzenlemeler gibi güncel belgeler hazırlanır ve saklanır. Hazırlıktan sonra, bu belgeler planlarla birlikte uygun yerlere ve bildirim takip eden kişilere dağıtılır (Çelik, 2015: 14).

1.4.3. Müdahale Aşaması

Müdahale aşamasının amacı, afetten sonra insan hayatını en hızlı ve en etkin yöntemlerle kurtarmaktır. Bunun için çok iyi bir koordinasyon sistemi kurulması gereklidir. Ayrıca bu koordine sisteminin yönetimi için olağanüstü durumlarda yetkiye ihtiyaç vardır (Törenci, 2015: 27). Afetin yaşanmasının ardından uygulanacak tahliye, arama kurtarma, tıbbi müdahale, iletişim, geçici iskân, beslenme, güvenlik, çevre sağlığı, psikolojik destek gibi acil müdahaleleri kapsayan aşamadır. (Yağcı, 2008: 27). Afet sonrası müdahalede görev alacak personel en kısa sürede en fazla afetzedenin kurtarılması prensibine göre hareket etmelidir. Bu sayede can kayıplarının önüne büyük oranda geçilebilmektedir (Şahin, 2009: 131-142).

Profesyonel kurtarma ekiplerinin olay yerine ulaşmasının ardından, kurtarma stratejileri geliştirmeli, afetin saati, büyüklüğü, merkez üsse uzaklık gibi parametrelerin değerlendirmesi gereklidir. Bu değerlendirmenin ardından, okul, hastane, otel, yurt ve toplu yaşam alanları gibi yüksek nüfusa sahip yapılara öncelik verilmesi gereklidir (Akdağ, 2002: 4-35).

1.4.4. İyileştirme Aşaması

İyileştirme aşaması, afet sonrası etkilenenlerin afet yaşamadan önceki günlük yaşantısına en hızlı şekilde dönmesi için yapılacak olan bütün çalışmaların planlandığı ve uygulandığı aşamadır (Gökçe ve Tetik, 2012: 32). İyileştirme aşaması etkilenen bölgelere normalliği geri kazandıracak uzun vadeli eylemleri içerir; bir sonraki afette zarar göremeyecek şekilde yapıların inşa edilmesi bu aşamada gerçekleşir (Khojasteh, 2014: 2).

Afet yaşayan toplumun öncelikli olarak temel yaşam ihtiyaçlarının tedarik edilmesi gereklidir. Bu ihtiyaçlar barınma, haberleşme, ulaşım, elektrik ve su hizmetlerinin sağlanmasıdır. Sonraki dönemlerde daimî iskan, afet zararlarının karşılanması, yeniden inşa gibi uygulamalar yapılmalıdır (Karaaslan, 2015: 17). İyileştirme aşamasının normale dönme olarak tanımlanması mümkündür. Bu aşamada, afet bölgesinin geri yüklenmesi yani afetten önceki haline yaklaşması için bir program ve planlama hazırlanmaktadır. Bu planlama aşamasında eğitim oturumları, afet planlama çalışmaları ve hazırlık çalışmalarını değerlendirmenin etkili olacağı düşünülmektedir (Çelik, 2015: 15).

İKİNCİ BÖLÜM

2.HASTANELERDE AFET YÖNETİMİ

2.1. Afetlerde Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Afetlerin sağlık sorunları üzerinde doğrudan etkisi olması nedeniyle, sağlık sektöründe önemli olarak kabul edilen bir olgudur. Örneğin; ölüm, yaralanma, salgın veya toplu zehirlenme gibi olaylar afetler sonrası ortaya çıkması muhtemel olaylardır (Demirbaş vd., 2013: 123). Afetlere müdahale aşamasında görev alacak sağlık personellerinden özellikle acil servis personelleri, toplum sağlığı personelleri ve ruh sağlığı çalışanları önemli bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla bu personellerin afet yönetimi planında hayati görevleri bulunmaktadır (Arslan vd., 2007: 467-471).

Sağlık hizmetlerinin afetlerdeki en önemli boyutu, afet sonrasında toplumun en çok ihtiyaç duyduğu ve dolayısıyla talep ettiği sektördür. Bu nedenle sağlık personellerinin her türlü koşulda sistematik bir şekilde çalışması, olağanüstü durumlara karşı hazırlıklı olması gereklidir (NeSmith, 2006: 59-63). Bu durumda sağlık kurumu idari ekibine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu yöneticilerin afet öncesi ve sonrasında üstlendiği sorumlulukları kaliteli bir şekilde yerine getirmesi beklenir (Uçku ve Okuyan, 2001: 306-310). Herhangi bir doğa kaynaklı afet veya insan kaynaklı afet kesin olarak öngörülemeyecek boyuttadır. Buna rağmen sağlık hizmeti veren kurumların, acil durumlara karşı hazırlık amacıyla oluşturacakları afet planlarını tasarlamak, can kaybını mümkün olabilecek en yüksek seviyede minimize edebilir (Kaji ve Lewis, 2006: 1198-1203). Afetlerde görev alacak kurumlar arasında bulunan sağlık kurumlarının diğer kurumlara nazaran daha farklı işlevleri mevcuttur. Diğer kurumlar personel ve hizmet desteği verirken, sağlık kurumları bu hizmetlerin yanı sıra tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerini de vermekle yükümlüdür (Alp, 2009: 2). Bundan dolayı, tüm sağlık kurumlarının afet hazırlıklarına diğer kurumlardan daha fazla önem göstermeleri gerekmektedir. Bu şekilde olası bir afet sonrasında hizmetlerinin aksama ihtimalini azaltabilirler (Özmen vd., 2013:1-28; Çelikli, 2010:23). Bir afet sonrasında sağlık sektörü afet zararlarını azaltmayı yani mortalite ve morbidite oranlarını minimum

seviyeye indirmeyi hedeflemelidir. Çünkü olabilecek bütün olağanüstü durumlarda bile hizmet kesintisi olmamalı ve rutin hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması gereklidir (Sağlık Bakanlığı, 2016: 92-94).

Ayrıca 1958 tarihli 7269 sayılı yasada belirtilen 190808 sayılı *Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı Ve Programları Hakkında Yönetmelik* 'te sağlık kurumları görevleri ile ilgili olarak; *Yönetmelik uyarınca ilde vali, ilçede kaymakam başkanlığında; belediye başkanı, il jandarma alay komutanı, emniyet müdürü, sivil savunma müdürü, milli eğitim gençlik ve spor müdürü, bayındırlık ve iskan müdürü, sağlık müdürü, tarım orman ve köy işleri müdürü, Kızılay temsilcisi, garnizon komutanı veya mahallin en büyük askeri birlik temsilcisinin görev yaptığı il / ilçe acil yardım teşkilatı kurulur. Görevleri; haberleşmenin temini, ulaştırmanın sağlanması ve trafiğin düzenlenmesi, kurtarma, tıbbi ilk yardım, hasta ve yaralıların hastaneye nakli, yangın söndürme, emniyet ve asayiş sağlama, yedirme, giydirme, ısıtma ve aydınlatma, geçici barındırmayı sağlama, ölümlerin defini, enkaz kaldırma ve temizleme, elektrik, su ve kanalizasyon tesislerinin onarımı ve hizmete sokulması, karantina tedbirlerinin alınması olarak belirlenmiştir (Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı Ve Programları Hakkında Yönetmelik, 1988). Görüldüğü gibi tanımlanan işlerin önemli bir kısmı sağlık hizmetleriyle ilgilidir. Yasa gereği sağlık hizmeti veren kurumlar içinde özellikle hastaneler, kendi kurumsal tedbirlerini almak ve uygulamak, diğer kurumlarla işbirliği protokolü hazırlamakla yükümlüdür.*

Sağlık sektörünün afet planlarına dahil edilmesi, özellikle risk azaltma ve hazırlık evrelerindeki görev ve sorumluluklarının belirlenmesi gereklidir. Bu sayede hastanelerin afet durumunda işlevselliğini kaybetmemesi için hastanelerin afete direnci artırılmalıdır (Hyogo, 2005: 11). Sağlık hizmeti veren yapıların afetlere karşı dirençli olması, yeni yapıların dayanıklı olması, var olan yapıların da güçlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle okullar, hastaneler ve fiziksel altyapılar başta olmak üzere, kritik tesislerde yapısal, yapısal olmayan ve afet risklerinin önlenmesi ve azaltılması tedbirleri ile afete dirençli kamu ve özel yatırımların güçlendirilmesi gereklidir (Sendai Framework, 2015: 19).

2.2. Hastanelerin Afet Hazırlığı

Hastanelerin hazırlayacağı acil durum planları genellikle hastanenin hizmet verme eylemini sekteye uğratabilecek olaylara yöneliktir. Bu afetler hastanenin içerisinde veya dışarısında gerçekleşebilir. Örneğin;

- Hastanelerde afet ve acil durum hazırlığı bakımından tıbbi kapasite artışı,
- Ölü ve kayıpların yönetilmesi,
- Kitlesele ölüme yol açan olaylar/toplu ölümler (deprem, kazalar vb.),
- Radyolojik, nükleer, biyolojik olaylar,
- Kitlesele yanık yaralanmaları,
- Bomba tehdidi, insan kaçırma, rehin alma olayları,
- İş sürekliliğini olumsuz etkileyen diğer örnekler (sosyal hareketlilik, hastane enfeksiyonu, vb.) belirtilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2016: 28).

Hastanelerde yaşanabilecek afetler kurumun kendi bünyesinde gerçekleşebilir veya kurumun etkilenmediği fakat bulunduğu bölgede meydana gelmiş olabilir. Bu durumda hastane kurumu için afetleri iç afetler ve dış afetler olarak sınıflandırmak mümkündür (Alp, 2009: 15).

2.2.1. İç Afetler

Hastane bünyesinde gerçekleşme ihtimali olan afetler iç afetler olarak değerlendirilebilir. Örneğin; yangın, yapı çökmesi, enfeksiyon, patlama, su şebekesinde olabilecek arızalar, yapısal olmayan elemanların tahribi veya çökmesi, terör ve güvenlik olayları vb. bu afetler kapsamında değerlendirilebilir (Kurtulan, 2010: 42). Bu afetlerin, hastanelerin bulunduğu bölgede etkin olmayıp hastaneye zarar verebilme potansiyeli mevcuttur. Bu afetlerin yaşanması durumunda hastanenin zarar görmesi, dolayısıyla tıbbi hizmetin aksamasına sebebiyet vermesi olasıdır.

2.2.2. Dış Afetler

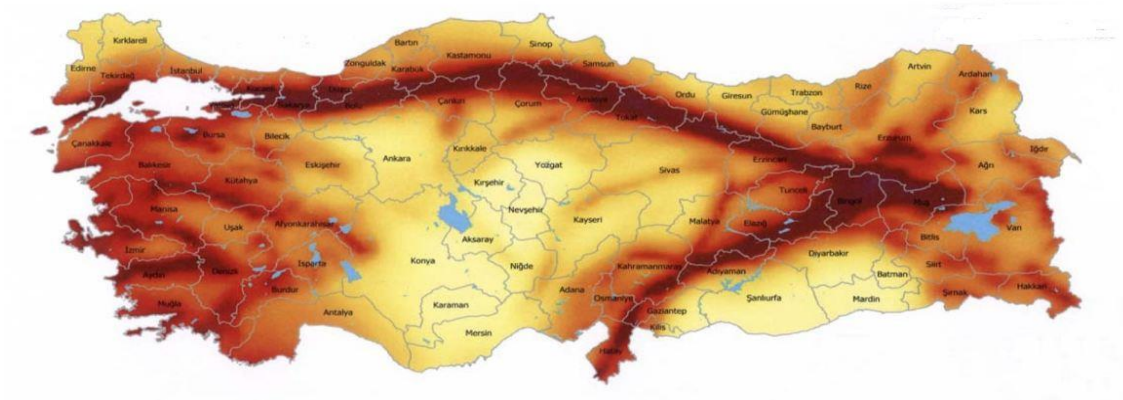
Dış afetler kapsamında değerlendirilecek afetlerin en kritik özelliği, yaşanan afette hastanelerin dolaylı veya doğrudan etkilenmesi olarak nitelendirilebilir. Bu afetlerin başında yıkıcı etkisi en büyük olan deprem bulunmaktadır. Sel, kuraklık, fırtına

kasırga, volkan patlaması, büyük kazalar, kimyasal biyolojik radyolojik nükleer ve endüstriyel kazalar ve olaylar, terör, su ve içecek maddelerine toksik madde bulaşması, toplu ölümlere neden olabilecek salgın ve savaş gibi olaylar, yangın, bina, tünel ve baraj gibi yapıların çökmesi vb. afetlerin bu kapsamda değerlendirilmesi mümkündür (Yarar, 2005: 635-640). Bu gibi afetlerde hastane kurumu hem müracaat edilen hem de maruziyet yaşayan birim olabilir. Ayrıca hastanenin bu iki gruptan birine girmesi sonucu tıbbi hizmetin aksayabileceği düşünülerek, hastanelerin bu plana önem vermesi gereklidir.

2.2.3. Bölgesel Afetsellik

Araştırma bölgesi olan Gümüşhane ili, Karadeniz Bölgesi'nin doğusunda yer almaktadır. Kuzey Anadolu Fay Hattı'na yakınlığı nedeniyle deprem tehlikesi yüksek şehirlerden biridir.

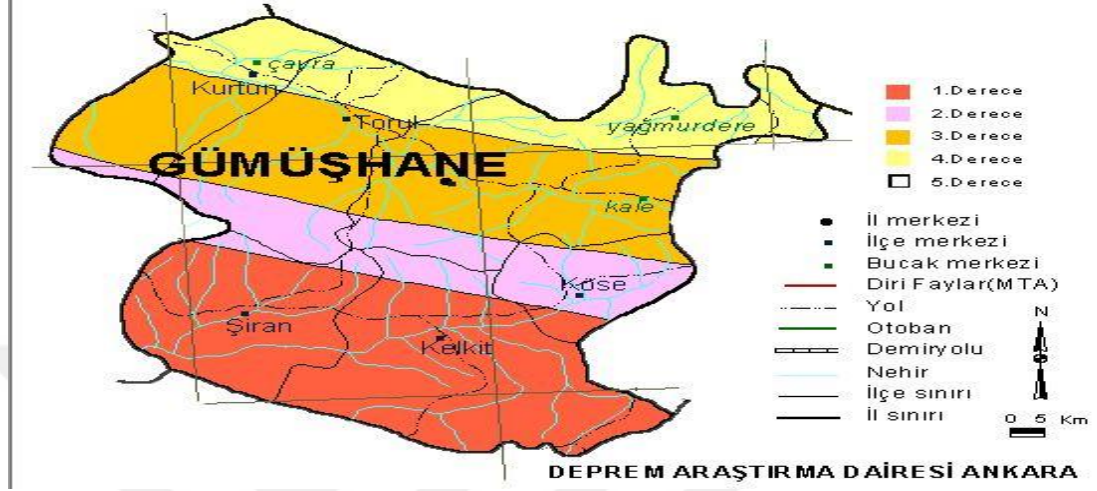
Şekil 3. Türkiye Deprem Tehlike Haritası



Kaynak: www.deprem.afad.gov.tr, 2018

Deprem Araştırma Dairesi kayıtlarına göre; Gümüşhane ili geneli 4. Derece deprem bölgesidir. İlçelere göre analiz edildiğinde Kelkit ve Şiran ilçeleri 1. derece deprem bölgesi, Köse ilçesi 2. Derece, Merkez ve Torul ilçeleri 3. Derece ve son olarak Kürtün ilçesi 4. Derece deprem bölgesidir (www.e-sehir.com, 2018).

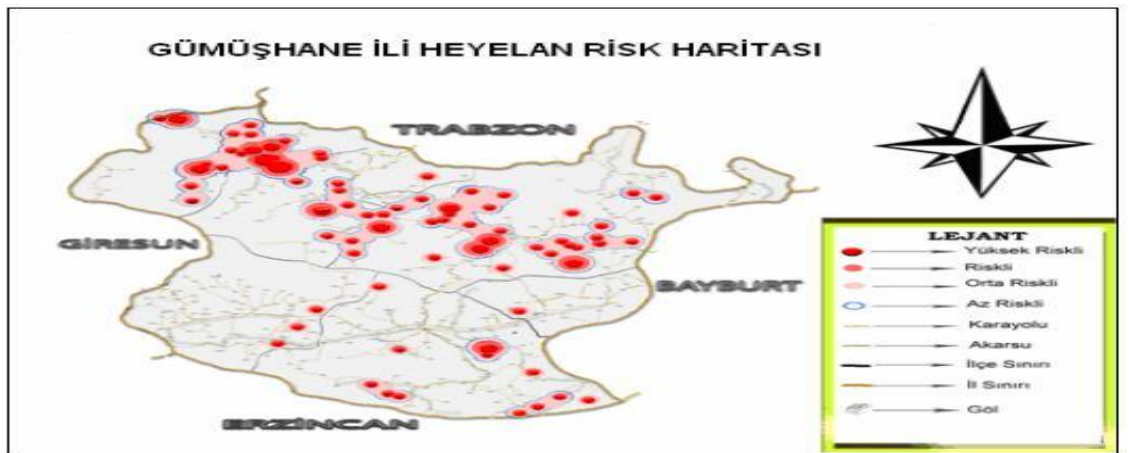
Şekil 4. Gümüşhane İli Deprem Tehlikesi Haritası



Kaynak: www.e-sehir.com, 2018

Gümüşhane ili sadece deprem afeti ile değil sel, heyelan, kaya düşmesi, çığ gibi afetler ile de afetselliği oldukça yüksek bir durumdadır. Gümüşhane ili için geçmiş yıllarda bu afetlerin zarar verebilirliğinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Öztürk ve Şahinöz, 2018: 95-101).

Şekil 5. Gümüşhane İli Heyelan Risk Haritası



Kaynak: Bayrak, Ulukavak, Açar; 2010

Gümüşhane genelinde özellikle Merkez, Torul ve Kürtün ilçelerinde heyelan afetinin gerçekleşme sıklığı artmakta kırsal kesimden ziyade kentsel kesim içerisinde de heyelan gerçekleşmesi sonucu yerleşim yerlerinin zarar gördüğü tespit edilmektedir (Bayrak vd., 2010: 1-12). Olay sayıları ve afetlerde sayılarına göre Türkiye geneli bir sıralama yapıldığında Gümüşhane ili Merkez İlçesinde 43 kaya düşmesi afeti yaşanması nedeniyle 8. Sırada bulunmakta ve kaya düşmesi afetinden en çok etkilenen 20. İl konumundadır. Ayrıca Merkez, Torul ve Kelkit İlçelerinde su baskınları, Kürtün ve Torul İlçelerinin kırsal bölgelerinde çığ afetleri görülmektedir (Gökçe vd., 2008: 81).

2.3. Hastane Afet Planı

Bir afet planının amacı, doğa kaynaklı afet veya acil durum sırasındaki aksaklıkları en aza indirmek ve böylece normal günlük aktivitelerin mümkün olan en kısa sürede yeniden başlamasını sağlamaktır (Howard ve Wiseman, 2001: 527-528). Hastane Afet Planı (HAP) ise bir organizasyon şemasındaki pozisyonları kullanan, bir dizi prosedür, politika, etkileşim modeli, rol, vb. içeren bir acil durum yönetim sistemidir (Top vd., 2010: 4).

Bir afet durumunda afetzedelerin akut bakım hizmetlerinden (tıbbi, iaşe vb.) yararlanması sağlık çalışanlarının ise gerekli eğitimlerle afete hazır olmaları ve afet durumunda üstlenecekleri sorumlulukları bilmeleri gereklidir. Bu kapsamda, hastanede hazırlanacak olan planın amacı, mevcut hasta bakımını sürdürürken, hastaları korumak ve afetten etkilenen kişilerin ihtiyaçlarını karşılamaktır (Gardner , 2018, 30-35).

Acil müdahale çalışanları, farklı afet türleri için gerekli olan tepki seviyesini tahmin etmelidir. Tepki seviyelerinin afet türlerine göre değişiklik gösterdiğinin bilincinde olarak kasırga sırasında sağlık çalışanlarının tepki düzeyleri ve rollerinin, iç veya dış yangın sırasında olanlardan farklı olduğunu bilmelidir. Acil müdahale uygulamalarında yer alan farklı rollerin sık sık tekrarlanması yoluyla, sağlık çalışanları iş arkadaşlarının ve potansiyel doğal veya tahmin edilemeyen afetlerde maruziyet yaşayan afetzedelerin ihtiyaçlarına cevap vermeye daha hazırlıklı olmalıdır (www.ffiec.gov, 2018). Hastane afet planlarında bu amaçla eğitimler yapılması personelin afetlerde davranış şekillerini olumlu yönde etkileyecektir.

Bir afet sırasında veya sonrasında, acil sağlık hizmetine gösterilen talep artmakta, akabinde sağlık hizmetlerinin iş gucu kapasitesi azalmaktadır. Bu bağlamda, ortaya çıkan hasta artışı, triaj işlemine zora sokabilmekte, sağlık hizmeti sisteminin etkinliğini azaltabilmekte, acil olmayan vakaları geciktirebilmekte veya erteleyebilmektedir. Ayrıca bir afet sonucunda birincil veya ikincil afet olarak salgın hastalıklar ortaya çıkabilir. Bu durumda afetzedelerin de bulaş alması veya afetzede olmayan bireylerin de bu salgından etkilenmesi mümkündür. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin salgın veya hizmet aksaması gibi durumları en aza indirmek amacıyla uygun bir planlama yapması gereklidir (www.phe.gov, 2018). Optimal afet planlaması, belirli bir hastane ve topluma yönelik olası tehditleri aktif olarak tanımlayan kapsamlı bir risk değerlendirme ve güvenlik açığı analizidir (Kaji ve Lewis, 2007: 2188-2190). Hastaneler ile yangın güvenliği, yasaların uygulanması, halk sağlığı ve yerel yönetim gibi diğer müdahale kuruluşları arasındaki önceden kurulmuş ilişkiler, büyük çaplı bir acil durum sırasında bütünleşik ve etkili bir yanıt verme olasılığını arttırmaktadır (Kaji ve Lewis, 2006: 1198-1203). Yazılı bir afet planına sahip olmak, afete hazırlıklı olunduğu anlamına gelmez. Kurum içerisinde bir afet planının var olması, planın tatbikatlarla eğitimini yapılarak, personel tarafından benimsenmesi sağlanmalıdır (Hsu vd., 2004: 191-199).

Hastane afet planlama sürecinden önce planlama sürecinde gerekli olacak bilgi ve verilerin elde edilmesi gerekir (elikli,2010: 29). Örneğin:

- Bölgesel afetsellik durumu nedir?
- Hastanenin mevcut kapasite ve olanakları nelerdir?
- Hastanenin geçmiş afetselliği, hasar tespit raporları var mıdır?
- Yasal mevzuat (Türkiye Bina Deprem Yönetmeliği, Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkındaki Yönetmelik vb.) incelenerek kurum binasının uygunluk durumu nedir?

Planlama sürecinden önce yapılacak uygulamalar ve elde edilecek veriler aşında mevcut eksikliklerin tanımlanması sağlayacaktır. Bu sayede eksiklikler belirlenerek, mevcut durum analizi yapılmış olup, kayıt altına alınması ile bu eksikliklerin giderilmesi planlanabilir. Hastane afet planı tasarlanırken aşağıda ki kriterler

değerlendirilmelidir (Balçık vd., 2014: 45-58; Tekin, 2015:102; Pan American Health Organization, 2000:5):

- Afet risk analizleri yapılmalı, daha önce yapılmış risk analizleri ile karşılaştırılmalıdır.
- Hastanenin mevcut kaynak, malzeme, personel, iletişim, ulaşım, enerji, su şebekesi, ısınma, elektrik gibi kaynak analizleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- Deprem bölgelerinde inşa edilen hastanelerin, hasar görebilirlik, yapısal risk değerlendirilmesi, zemin etüdü gibi mühendislik çalışmalarının yapılması gerekmektedir.
- Kurum yapılarının yapı ve tasarımı ilgili kanunlara uygun bir şekilde tasarlanmalıdır.
- Kurum binalarının bakım, onarım veya geliştirilmesi için tasarlanacak planlar, muhakkak müdahale ve zarar azaltma ölçümlerini kapsamalıdır.
- Tasarlanacak afet planı, hastanenin hasar görebilirlik düzey ve ölçümlerine göre periyodik olarak kontrol edilmeli ve denetlenmelidir.
- Kurumun tüm personeli, içinde çalıştıkları yapının bir doğa kaynaklı afete karşı olası direnç seviyesini bilmelidir.
- Afet planlarında, kurum personellerine etkin olabileceği en uygun görevler verilmelidir.
- Planın içeriği sistematik bir şekilde oluşturulmalı, görev tanımları ve sorumluluklar net olarak belirtilmelidir.
- Kurumun tüm personelleri tarafından, kurum afet yönetim sistemi benimsenmeli, emir komuta zincirini tüm personel tarafından bilinmelidir.
- Afet sonrasında gönüllü olabilecek bireylerin kayıt ve sorumluluklarının planlanması yapılmalıdır.
- Afet planları, gerçekleşme ihtimali olan her türlü afete karşın uyarılabilecek düzeyde esnek olmalıdır.
- Hastanenin kapasitesini aşabilecek olay veya afetlere karşı ek önlemler alınmalıdır.

- Afet durumunda kapasitenin yetersiz kalması durumunda kapasite artışı hastane afet planına eklenmeli ve uygulanabilir bir düzeyde olması gerekmektedir.
- Hastanelerin herhangi bir kapasite arttırma işlemini yapmaları durumunda, afet planına uygun bir şekilde tasarlanması ve zarar azaltmaya yönelik gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır.
- Dekontaminasyon protokolleri oluşturulmalıdır. Hastanenin dekontamine olması durumunda alan veya sahra hastanesi kurulma planları oluşturulmalı, gerekli resmi çalışmalar yapılmalıdır.
- Afetlerde haberleşme imkanları kısıtlanabileceği için yedek haberleşme sistemleri kurum planına eklenmelidir.
- Afet sonrası kurumun mecburi ihtiyaçlarının (elektrik, su, tıbbi malzeme, yedeklenmesi ekipman) alternatif kaynaklar ile sağlanmalı ve afet sonrasında tedarik edilmesi duruma protokol hazırlanmalı ve planlara eklenmelidir.
- Yapılacak her türlü plan, uygulama, eylem gibi verilerin yedeği ve bu uygulamaların yetersiz kalması durumuna karşın ek uygulamalar yapılmalıdır.
- Herhangi bir afet yaşanması durumunda kayıt ve belgeye gerekli önem verilmeli, yapılan uygulamalar ayrıntılı bir şekilde kayıt altına alınmalıdır.
- Afet durumunda diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği halinde hizmet sunulabilmesi için, afet öncesinde çalışmalar yapılmalıdır.
- Tasarlanacak hastane afet planının, il afet planı ve diğer kurumların afet planları ile eşgüdümleri sağlanmalıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Problemin Durumu

Dünyada her yıl binlerce insan afetler nedeniyle zarar görmektedir. Fakat afetler sadece olay anında değil, sonraki süreçte de etkili olarak toplumun geri kalanı risk altında bırakmaktadır. Afetlerden doğrudan veya dolaylı yoldan etkilenen bireylerin sağlık, bakım vb. ihtiyaçları yeterli seviyede karşılanmazsa ikincil bir afete sebebiyet verebileceği bir gerçektir. Bu aşamada sağlık hizmetlerine önemli sorumluluk düşmektedir. Çünkü afetlerde sağlık hizmetleri özellikle afet sonrasında önemli görevleri yerine getirmektedir. Bu nedenle sağlık sektörünün en çok tercih edilen kurumu hastaneler, afet sonrasında etkin hizmet verebilmek için afetlere karşı dirençli ve hazırlıklı hale gelmeli, aşırı kalabalık olayları yönetebilecek planları hazırlamalı, afet sonrasında kendi kendine idame edebilecek seviyede bulunmalıdır. İyi bir afet yönetimi planlaması, tüm personelin afet planını benimseyerek görev ve sorumluluklarını üstlenmesiyle başarılabilir. Hastane afet planının personel tarafından bilinmesi, planın etkin bir şekilde uygulanabilmesi için oldukça önemlidir. Bu açıdan hastanelerin afete hazırlık durumunun incelenmesi gerekliliği doğmuştur.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı:

Gümüşhane Devlet Hastanesi'nin hazırladığı hastane afet planında kurumlar arası işbirliği, aşırı kalabalık olaylara karşı hazırlık, afet durumunda spesifik olay müdahale stratejilerinin gelişimi, lokal artış kapasitesi, mevcut malzemeler ve kaynakların durumu ve afet eğitimleri hakkında personelin bilgi düzeyini araştırmaktır.

3.4. Araştırmanın Önemi

Afetler, meydana geldiği anda çok sayıda can ve mal kaybına sebebiyet verebilir. Ancak afetler sadece gerçekleştiği anda zarar vermemektedir, afet sonrasında da kayıp yaşamak mümkündür. Özellikle afetler sonucu ortaya çıkan barınma, iâşe, sağlık gibi hizmet eksikler, bazı durumlarda çok daha fazla kayba neden olabilir. Çünkü afetten yaralı olarak kurtulan afetzedelerin iyi koşullarda hizmet alması gereklidir. Bunların en önemlisi de yaşamsal haklardan olan kişinin sağlık hizmetidir. Bu konuda hiçbir şekilde yetersizlik veya aksaklık durumu olmaması gerekir. Sağlık hizmetlerinin özellikle de hastanenin hem afet anında zarar görmemesi hem de afetten sonra etkin hizmet verebilmesi için afetlere karşı, afet öncesinde tüm hazırlıklarını yapması ve yetersiz olduğu konularda eksikliklerini tamamlaması beklenmektedir. Çünkü hastaneler afet sonrasında en yoğun ihtiyacı ve dolayısıyla da en fazla tepkiyi karşılayacak kurumlardır. İnsanların afet yaşama psikolojisi nedeniyle çok daha panik halinde olacağı tahmin edilmekte, bu gibi bir panik ortamında ise yaşanacak kaosun mevcut sistem işleyişinde aksaklıklar çıkaracağı yüksek ihtimaldedir. Buradan hareketle afetlere yönelik yapılması beklenen temel hazırlıklar hakkında afetlerde aktif rol alacak personelin bilgi düzeyinin ölçülmesi önem arz etmektedir.

3.5. Araştırmanın Kapsamı

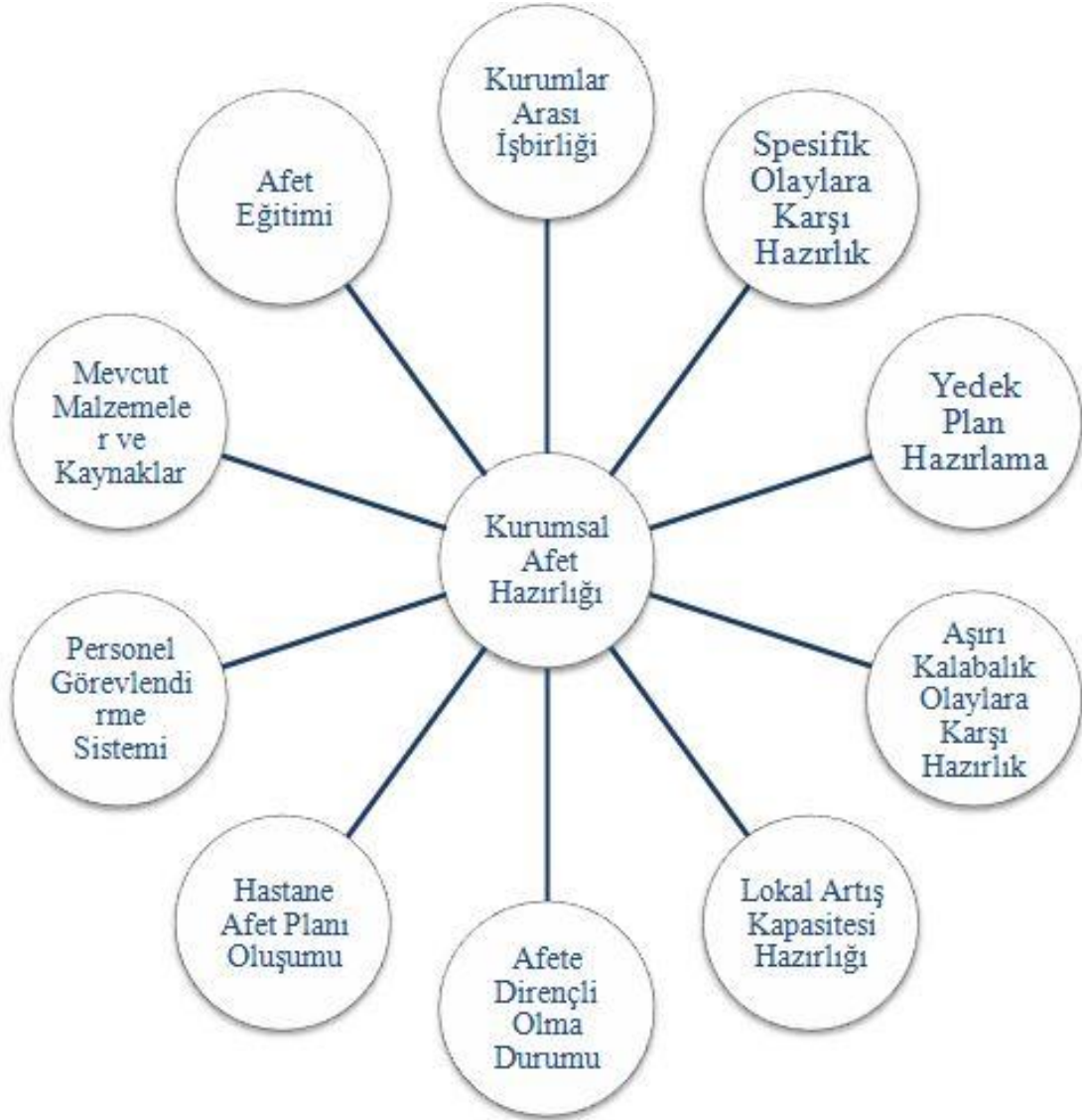
Bu çalışma ile afetlerde etkin müdahalede bulunacak doktor, hemşire, yardımcı sağlık personeli ve yönetici gruplarının hastane afet planı ve bu plan doğrultusunda yapılmış uygulamalar hakkındaki bilgi düzeyi ölçülmüştür. Araştırma kapsamında, Gümüşhane ili Merkez ilçesinde tek hastane olarak hizmet veren Gümüşhane Devlet Hastanesi seçilmiştir. Araştırma kapsamında, Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde görev yapan ve afetlerde aktif müdahalede bulunacak idari birim, doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeli olarak görev yapan 203 personele ulaşılarak hastane afet hazırlık durumunu inceleyen anket uygulanmıştır. Anket formu kapsamında yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, eğitim durumu ve kurumdaki görevi vb. değişkenlerin kurumsal hazırlık üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlıkları

Ulaşım ve mali kaynaklarının sınırlı olmasından dolayı araştırma sadece Gümüşhane İli Merkez ilçesine uygulanmıştır. Anket uygulama tarihleri arasında personelin rapor, izin vb. nedenlerle görev yerinde olmaması araştırmanın diğer kısıtlılıkları arasındadır.

3.7. Araştırma Modeli

Şekil 6. Araştırma Modeli



3.8. Araştırmanın Hipotezleri

- H1** : Gümüşhane Devlet Hastanesi kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı yüksek düzeydedir.
- H2** : Kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı ile katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır.
- H3** : Kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı ile katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı fark bulunmaktadır
- H4** : Kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı ile katılımcıların yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmaktadır
- H5** : Kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı ile katılımcıların çalışma süreleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır
- H6** :Kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı ile katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı fark bulunmaktadır
- H7** :Kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı katılımcıların görevleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır

3.9. Veri Toplama Araçları ve Yöntem

Araştırmanın verileri Dan James VICK tarafından 2017 yılında yapılan Assessment Of Community Hospital Disaster Preparedness In New York State isimli çalışmada kullanılan anket formu ülke koşullarına entegre edilerek faktör analizi yapılmıştır. Anket 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişilerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla sorulan sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise 6 alt bölümden oluşan Afet Planı Gelişimi (6 soru), Afet Planı İle İlgili İşbirliği (14 soru), Afet Durumunda Spesifik Olay Müdahale Stratejileri (8 soru), Lokal Artış Kapasitesi (11 soru), Mevcut Malzemeler Ve Kaynaklar (7 soru) ve Afet Eğitimi (9 soru) “Devlet Hastaneleri İçin Kurumsal Afet Hazırlık Değerlendirme Formu” kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır.

Araştırma analizlerinde tanımlayıcı yöntemlere ek olarak niceliksel verilerin karşılaştırılmasında, grup dağılımları varyans analizi ile değerlendirilmiş, homojen dağılım gösteren parametreleri gruplar arasında karşılaştırmak için t-test, Oneway Anova testi ve Tukey HSD testi kullanılmıştır. Homojen dağılım göstermeyen

parametrelerin gruplar arası karşılaştırmaları için Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Ki-Kare testi, güvenilirlik analizi için Reliability Analysis kullanılmıştır. Anlamlılık değeri $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Güvenilirlik Analizi

Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Alfa (Cronbach) modelinin değeri kullanılarak değerlendirilmiştir (Tablo 3). Ölçek geliştirme uyarlama çalışmalarında Cronbach α değerinin en az $\alpha = 0.70$ ve üzeri olması gerektiği genel olarak kabul görmektedir (Seçer, 2015: 219).

Çalışma 55 soru üzerinden güvenilirlik analizi yapıldığında sonuç 0.979 olarak bulunmuş ve ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4).

Tablo 3: Ölçeğin Güvenilirlik Analizi

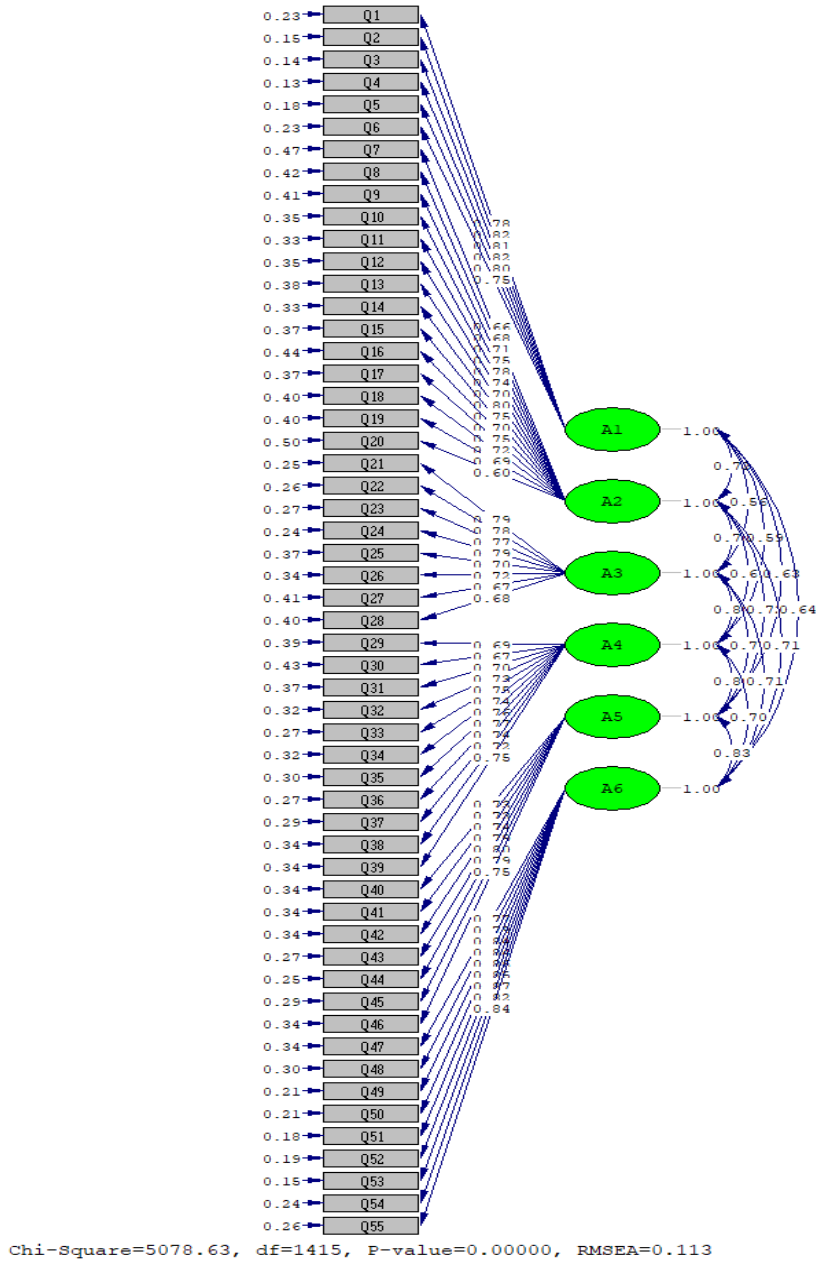
Cronbach's Alfa	Soru Sayısı
.979	55

Geçerlilik Analizi

Doğrusal faktör analizi (DFA) genellikle başka kültürler ve örneklemeler üzerinde kullanılmış ölçeklerin uyarlanmasında başvurulan bir yöntemdir (Seçer, 2015: 171). Anket geçerliliğini test etmek için Doğrusal Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. DFA' da bir ölçeğin uyumluluğunu değerlendirmek için birçok farklı indeks kullanılmaktadır. Bu çalışmada Ki Kare (Chi-Square) uyum testi, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), CFI (Comperative Fit Index), NNFI (Non-Normed Fit Index), NFI (Normed Fit Index) ve SRMR (Standart Root Mean Square Residual) testleri uygulanmıştır. NFI, NNFI ve CFI indeksleri için genel olarak kabul edilebilir uyumluluk değeri 0.90 ve 0.95 arası, mükemmel uyumluluk değeri ise 0.95 ve üzeri olarak değerlendirilmektedir. RMSEA indeksi için genel olarak kabul edilebilir uyumluluk değeri 0.80 ve 0.50 arası iken, mükemmel uyumluluk değeri ise 0.50'den

küçük olmalıdır. SRMR indeksi için genel olarak kabul edilebilir uyumluluk değeri 0.10 ve 0.5 arası iken, mükemmel uyumluluk değeri ise 0,5'ten küçük olmalıdır. Ki kare testinde ise ki kare değerinin serbestlik derecesine bölümünün (χ^2 / sd) 3-5 arasında olması kabul edilebilir uyum, 3'ten küçük olması ise mükemmel uyum değer aralığındadır (Brown ve Cudec, 1993: 144; Seçer, 2015:190; Schumacker ve Lomax, 2004: 172).

Şekil 7.Doğrulayıcı Faktör Analizi Path Diyagramı



Tablo 4. Doğrulayıcı Faktör Analizine Ait Bulgular

İndeks	Mükemmel Uyumluluk Değeri	Kabul Edilebilir Uyumluluk Değeri	Araştırma Bulgusu	Durum
χ^2/sd	0-3	3-5	3.58	İyi Uyum
RMSEA	0.00-0.50	0.50-0.10	0.11	Kabul Edilebilir Uyum
CFI	0.95 ve üzeri	0.90-0.95	0.96	Mükemmel uyum
NFI	0.95 ve üzeri	0.90-0.95	0.94	İyi uyum
NNFI	0.95 ve üzeri	0.90-0.95	0.96	Mükemmel uyum
SRMR	0.00-0.5	0.5-0.10	0.61	Kabul Edilebilir uyum

Kaynak: Schumacher ve Lomax;(2004), A Beginner's Guide To Structural Equation Modelling

Edinilen bulgulara göre araştırmanın doğrulayıcı faktör analizi sonucu olarak Ki Kare (=3.58) ve NFI (=0.94) indeks değerleri iyi uyum aralığındadır. RMSEA (=0.11), ve SRMR (=0.61) indeks değerleri kabul edilebilir uyum aralığındadır. CFI (=0.96), ve NNFI (=0.96) indeks değerleri ise mükemmel uyum aralığındadır.

3.10. Bulgular Ve Yorumlar

Bu kısımda çalışmaya katılanların demografik bilgileri ve soruların frekans tabloları üzerinden açıklamalara yer verilecektir.

Demografik bilgilere ait verilerin incelenmesi;

Yapılan araştırmada daha güvenilir sonuçlar elde etmek adına demografik bilgilere ait sorulardan yaş grupları 41-50, 51-60, 61 üzeri seçenekleri, 41 üzeri olarak, çalışma süresi seçenekleri 16-20 yıl, 21 ve üzeri yıl, 16 ve üzeri olarak birleştirilmiş ve incelenmiştir.

Tablo 5. Demografik Verilerin Analizi

Özellik	Dağılım	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	120	59,1
	Erkek	83	40,9
Medeni Durum	Evli	93	45,8
	Bekâr	110	54,2
Yaş	18-30	119	58,6
	31-40	64	31,5
	41 ve üzeri	20	9,9
Çalışma Yılı	0-5 Yıl	100	49,3
	6-10 Yıl	52	25,6
	11-15 Yıl	29	14,3
	16 ve üzeri	22	10,8
Eğitim Durumu	Lise	21	10,3
	Ön Lisans	48	23,6
	Lisans	94	46,3
	Yüksek Lisans	24	11,8
	Doktora	16	7,9
Kurumdaki Görevi	İdari Birim	8	3,9
	Doktor	35	17,2
	Hemşire	96	47,3
	Yardımcı Sağlık Personeli	64	31,5
	Çok Yetersiz (Plan büyük düzeltmeler gerektirir)	37	18,2
Kurumunuzun afet planı ne kadar yeterli olduğunu düşünüyorsunuz?	Biraz Yetersiz (Plan, ılımlı düzeltmeler gerektirir)	48	23,6
	Biraz Yeterli (Planda küçük düzeltmeler gerektirir)	94	46,3
	Çok Yeterli (Plan şu anda herhangi bir düzeltme gerektirmez)	24	11,8

Bir afet durumunda hastaneniz dış kaynaklı operasyonlara ne kadar devam edebilir?	1 haftadan az	90	44,3
	1-2 hafta	63	31,0
	3-4 hafta	40	19,7
	4 haftadan fazla	10	4,9
Kuruluşunuz için afete hazırlıklı olmanın önünde engeller olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	55	27,1
	Hayır	55	27,1
	Emin Değilim	93	45,8
Hastanenizde gerçekleştirilen afet eğitiminden memnun musunuz?	Çok Memnunum	42	20,7
	Memnunum	41	20,2
	Kısmen Memnunum	68	33,5
	Memnun Değilim	35	17,2
	Hiç Memnun Değilim	17	8,4

Katılımcıların %59,1'inin (120) kadın olduğu, %40,9'unun (83) erkek olduğu, %45,8'inin (93) evli, %54,2'unun (110) ise bekâr olduğu görülmektedir. Katılımcılar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde %58,6'sının (119) 18-30 yaş aralığında, %31,5' ünün (64) 31-40 yaş aralığında, %9,9'unun (20) 41 ve üzeri yaş aralığında görülmektedir. Katılımcılar kurumda çalışma yılına göre değerlendirildiğinde, %49,3'ünün (100) 0-5 yıl arasında, %25,6'sının (52) 6-10 yıl arasında, %14,3'ünün (29) 11-15 yıl arasında, %10,8'inin (22) 16 ve üzeri yıl olduğu görülmektedir.

Katılımcılar eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde, %10,3'ünün (21) lise, %23,6'sının (48) ön lisans, %46,3'ünün (94) lisans, %11,8'inin (24) yüksek lisans ve %7,9'sının(16) doktora düzeyinde olduğu görülmektedir. Katılımcılar kurumdaki görevlerine göre değerlendirildiğinde,%3,9'unun (8) idari birimde, %21,4'inin (35) doktor, %47,3'sının (96) hemşire ve %31,5'ünün (64) yardımcı sağlık personeli olarak görev yaptığı görülmektedir. Katılımcıların kurum afet planını yeterli buluyor musunuz sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde %18,2'sinin (37) çok yetersiz, %23,6'sinin (48) biraz yetersiz, %46,3'ünün (94) biraz yeterli ve %11,8'ünün (24) çok

yeterli olarak cevaplandıkları görülmektedir. Katılımcıların bir afet durumunda kurumun dış kaynaklı hizmetlerine ne kadar süre devam edebileceği hakkındaki soruya %44,3'ünün (90) 1 haftadan az, %31'ünün (63) 1-2 hafta, %19,7'nin (40) 3-4 hafta ve %4,9'unun (10) ise 4 haftadan fazla devam edebileceğini düşündükleri görülmektedir. Katılımcılara kurumlarında afet hazırlığı önünde engel olup olmadığı sorulduğunda %27,1'inin (55) evet, %27,1'inin (55) hayır ve %45,8'ünün (93) emin değilim cevaplarını verdikleri görülmektedir. Katılımcılara hastanede verilen afet eğitimi hakkındaki görüşleri sorulduğunda %50,7'sinin (42) çok memnun, %20,2'inin memnun (41), %33,5'inin(68) kısmen memnun, %17,2'inin (35) memnun değil ve %8,4'sinin (17) hiç memnun değil olduğu görülmektedir.

3.10.1. Gümüşhane Devlet Hastanesinin Afet Hazırlık Uygulamalarına Dair Bulgular

Bu kısımda katılımcıların çalıştıkları hastanenin afet hazırlık uygulamalarına ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde ulaşılan bulgulara yer verilmiştir. Kurumsal hazırlık faaliyetleri; Afet Planı Gelişimi, Afet Planı İle İlgili İşbirliği, Afet Durumunda Spesifik Olay Müdahale Stratejileri, Lokal Artış Kapasitesi, Mevcut Malzemeler Ve Kaynaklar ve Afet Eğitimi olmak üzere 6 alt bölümden oluşmaktadır.

Tablo 6. Kurumsal Afete Hazırlık Değerlendirme Analizleri

<i>DEVLET HASTANELERİ İÇİN KURUMSAL AFET HAZIRLIK DEĞERLENDİRME FORMU</i>		Evet		Hayır (Afet Planında Yok)		Emin Değilim / Bilmiyorum	
		N	%	N	%	n	%
Afet Planı Gelişim	Afet planınız doğa kaynaklı afetlere hitap ediyor mu?	123	60,6	18	8,4	63	31
	Afet planınız salgın hastalıklara hitap ediyor mu?	108	53,2	29	14,3	66	32,5
	Afet planınız biyolojik kazalar veya ataklara hitap ediyor mu?	118	58,1	25	12,3	60	29,6
	Afet planınız kimyasal kazalar veya ataklara hitap ediyor mu?	112	55,2	28	13,8	63	31
	Afet planınız nükleer/radyolojik kazalar veya ataklara hitap ediyor mu?	109	53,7	29	14,3	65	32
	Afet planınız yangın/patlayıcı kazalar veya ataklara hitap ediyor mu?	118	58,1	26	12,8	59	29,1
	Afet planında Diğer Hastaneler ile işbirliği yapılmıştır	103	50,7	17	8,4	83	40,9
	Afet planında Acil Medikal Ekipler [112] ile işbirliği yapılmıştır	122	60,1	11	5,4	70	34,5
	Afet planında İtfaiye Ekipleri ile işbirliği yapılmıştır	116	57,1	12	5,9	75	36,9
	Afet planında Tehlikeli Madde Ekipleri (HAZMAT-Zehir Danışma Hattı) ile işbirliği yapılmıştır	104	51,2	15	7,4	84	41,4
Afet Planı ile İlgili İşbirliği	Afet planında Emniyet Ekipleri ile iş birliği yapılmıştır	113	55,7	8	3,9	82	40,4
	Afet planında İl Sağlık Müdürlüğü ile işbirliği yapılmıştır	120	59,1	9	4,4	74	36,5
	Afet planında İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü[AFAD]ile iş birliği yapılmıştır.	124	61,1	11	5,4	68	33,5
	Afet planında Özel Kurum ve Kuruluşlar ile işbirliği yapılmıştır	106	52,2	7	3,4	90	44,3
	Afet planında Üniversiteler ile işbirliği yapılmıştır	94	46,3	15	7,4	94	46,3
	Afet planında Türk Kızılay'ı ile işbirliği yapılmıştır	111	54,7	12	5,9	80	39,4
	Afet planında Askeri Kurumlar ile işbirliği yapılmıştır	102	50,2	15	7,4	86	42,4
	Afet planında Dekontaminasyon Ekipleri birimi ile işbirliği yapılmıştır.	90	44,3	17	8,4	96	47,3

DEVLET HASTANELERİ İÇİN KURUMSAL AFET HAZIRLIK DEĞERLENDİRME FORMU		Evet		Hayır (Afet Planında Yok)		Emin Değilim / Bilmiyorum	
		N	%	N	%	n	%
Afet Durumunda Spesifik Olay Müdahale Stratejileri	Afet planında Endüstriyel Veya Ticari Kuruluşlar birimi ile işbirliği yapılmıştır.	77	37,9	26	12,8	100	49,3
	Afet planında işitme engelli hastalarla iletişim konusunda hazırlık yapılmıştır.	95	46,8	25	12,3	83	40,9
	Afet planında görme engelli hastalarla iletişim konusunda hazırlık yapılmıştır.	84	41,4	28	13,8	91	44,8
	Afet planında Türkçe bilmeyen hastalarla iletişim konusunda hazırlık yapılmıştır.	83	40,9	30	14,8	90	44,3
	Afet planında hareket engeli olan hastaların bakımı konusunda hazırlık yapılmıştır.	89	43,8	30	14,8	84	41,4
	Afet planında teknolojik ekipmanlara bağımlı hastaların barınması konusunda hazırlık yapılmıştır.	87	42,9	30	14,8	86	42,4
	Afet planında hamile kadınlar konusunda hazırlık yapılmıştır.	79	38,9	29	14,3	95	46,8
	Afet planında özel sağlık ihtiyaçları olan hastaların barınması konusunda hazırlık yapılmıştır.	80	39,4	28	13,8	95	46,8
	Afet planında zihinsel engelli hastaların barınma konusunda hazırlık yapılmıştır.	77	37,9	26	12,8	100	49,3
	Afet planında hasta kabul artış kapasitesini yükseltmeye yönelik kılavuzlar konusunda hazırlık yapılmıştır.	75	37	25	12,3	103	50,7
Lokal Artış Kapasitesi	Afet planında barınma yeri değiştirilmiş hastaları hızlı bir şekilde tespit etmek ve korumak için protokol konusunda hazırlık yapılmıştır.	79	38,9	22	10,8	102	50,2
	Afet planında refakatçili ve refakatçisiz hastalar için izleme sistemi konusunda hazırlık yapılmıştır.	78	38,4	28	13,8	97	47,8
	Afet planında hastaların ailelerle yeniden bir araya gelmesi konusunda hazırlık yapılmıştır.	78	38,4	30	14,8	95	46,8
	Afet planında yerleri değiştirilmiş hastalar için barınma malzemeleri konusunda hazırlık yapılmıştır.	75	36,9	34	16,7	94	46,3

	Evet		Hayır (Afet Planında Yok)		Emin Değilim / Bilmiyorum	
	N	%	N	%	n	%
	DEVLET HASTANELERİ İÇİN KURUMSAL AFET HAZIRLIK DEĞERLENDİRME FORMU					
Afet planında sağlık çalışanlarını paylaşmak için diğer kurumlarla karşılıklı yardım anlaşmaları konusunda hazırlık yapılmıştır.	85	41,9	26	12,8	92	45,3
Afet planında gönüllü profesyonel sağlık personellerinin ön kayıtları konusunda hazırlık yapılmıştır.	76	37,4	27	13,3	100	49,3
Afet planında acil durumdan dolayı kişisel veya aile etkisi nedeniyle personelin devamsızlığı konusunda hazırlık yapılmıştır.	79	38,9	31	15,3	93	45,8
Afet planında çok sayıda hastanın hastaneden taşınması konusunda hazırlık yapılmıştır.	88	43,3	30	14,8	85	41,9
Afet planında sahada büyük kapasiteli morgun kurulması konusunda hazırlık yapılmıştır.	87	42,9	21	10,3	95	46,8
Afet planında radyoaktif salgına müdahale için potasyumiyodürün verilmesi konusunda hazırlık yapılmıştır	78	38,4	24	11,8	101	49,8
Afet planında mekanik ventilasyonun başlatılması ve bitirilmesi için ayarlanmış bakım standartlarının uygulanması konusunda hazırlık yapılmıştır	81	39,9	27	13,3	95	46,8
Afet planında diğer sınırlı yoğun bakım kaynakları için triyaj işlemleri konusunda hazırlık yapılmıştır	80	39,4	23	11,3	100	49,3
Afet planında acil servis aktive durumunu takip etmek için bölgesel haberleşme sistemleri konusunda hazırlık yapılmıştır	92	45,3	23	11,3	88	43,3
Afet planında mevcut yoğun bakım yataklarını (yetişkin, pediatrik ve / veya yeni doğan) takip etmek için bölgesel iletişim sistemleri konusunda hazırlık yapılmıştır	88	43,3	24	11,8	91	44,8
Afet planında malzemeleri ve ekipmanları paylaşmak için diğer kurumlarla karşılıklı yardım anlaşmaları konusunda hazırlık yapılmıştır	93	45,8	18	8,9	92	45,3
Afet planında salgın veya diğer kitle kazaları olayları sırasında planlanmış bakım standartlarının bölgesel koordinasyonu konusunda hazırlık yapılmıştır	87	42,9	19	9,4	97	47,8

Mevcut Malzemeler Ve Kaynaklar

Afet Eğitimi	Afet planında genel afet ve acil durum müdahalesi konusunda senaryolar oluşturulmuştur	103	50,7	14	6,9	86	42,4
	Afet planında şiddetli salgın konusunda senaryolar oluşturulmuştur	99	48,8	16	7,9	88	43,3
	Afet planında doğa kaynaklı afetler (örneğin kasırgalar, seller, depremler) konusunda senaryolar oluşturulmuştur	106	52,2	14	6,9	83	40,9
	Afet planında biyolojik kazalar veya saldırılar konusunda senaryolar oluşturulmuştur	99	48,8	17	8,4	87	42,9
	Afet planında kimyasal kazalar veya saldırılar konusunda senaryolar oluşturulmuştur	104	51,2	16	7,9	83	40,9
	Afet planında radyolojik /nükleer kazalar veya saldırılar konusunda senaryolar oluşturulmuştur	101	49,8	16	7,9	86	42,4
	Afet planında patlayıcı veya yanıcı kazalar veya saldırılar konusunda senaryolar oluşturulmuştur	107	52,7	15	7,4	81	39,9
	Afet planında dekontaminasyon prosedürleri konusunda senaryolar oluşturulmuştur	93	45,8	17	8,4	93	45,8
	Afet planında hassas gruplar (çocuklar, zayıf yaşlılar, zihinsel engelli) konusunda senaryolar oluşturulmuştur	104	51,2	8	3,9	91	44,8

Katılımcılar afet planı gelişimi açısından değerlendirildiğinde %60'ı (123) afet planının doğa kaynaklı afetlere hitap ettiğini, %8,4'ü (17) ise hitap etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların % 53,2'si (108) afet planının salgın hastalıklara hitap ettiğini, %14,3'ü (66) ise hitap etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %58,1'i (118) afet planının biyolojik kazalar veya ataklara hitap ettiğini, %12,3'ü (25) hitap etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %55,2'si (112) afet planının kimyasal kazalar veya ataklara hitap ettiğini, %13,8'i (28) ise hitap etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %53,7'si (109) afet planının nükleer/radyolojik kazalar veya ataklara hitap ettiğini, %14,3'ü (29) ise hitap etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %58,1'i (118)afet planının yanıcı/patlayıcı kazalar veya ataklara hitap ettiğini, %12,8'i (26) ise hitap etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %31'i (63) afet planın doğa kaynaklı afetlere, %32,5'i (66) salgın hastalıklara,%31'i (63) kimyasal kazalar veya ataklara, %29,6'sı (60) biyolojik kazalar veya ataklara, %32'si (65) nükleer/radyolojik kazalar veya ataklara ve%29,1'i (59)

yanıcı/patlayıcı kazalar veya ataklara hitap edip etmediği konusunda kararsız kaldıklarını belirttikleri görülmektedir.

Katılımcılar afet planı ve işbirliği ilişkisi açısından değerlendirildiğinde %50,7'sinin (103) afet planında diğer hastaneler ile işbirliği yapıldığını, %8,4'ünün (17) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %60,1'inin (122) afet planında acil medikal ekipler ile işbirliği yapıldığını, %5,4'ünün (11) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %57,1'inin (116) afet planında itfaiye ekipleri ile işbirliği yapıldığını, %5,9'unun (12) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %51,2'sinin (104) afet planında tehlikeli madde ekipleri ile işbirliği yapıldığını, %7,4'ünün (15) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %55,7'sinin (113) afet planında emniyet ekipleri ile işbirliği yapıldığını, %3,9'unun (8) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %59,1'inin (120) afet planında İl Sağlık Müdürlüğü ile işbirliği yapıldığını, %4,4'ünün (9) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %61,1'inin (124) afet planında İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü [AFAD] ile işbirliği yapıldığını, %5,4'ünün (11) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %52,2'sinin (106) afet planında özel kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yapıldığını, %3,4'ünün (7) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %46,3'ünün (94) afet planında üniversiteler ile işbirliği yapıldığını, %7,4'ünün (15) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %54,7'sinin (111) afet planında Türk Kızılay'ı ile işbirliği yapıldığını, %5,9'unun (12) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %50,2'sinin (102) afet planında askeri kurumlar ile işbirliği yapıldığını, %7,4'ünün (15) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %44,3'ünün (90) afet planında dekontaminasyon ekipleri ile işbirliği yapıldığını, %8,4'ünün (17) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %40,4'ünün (82) afet planında uzun süreli bakım tesisleri ile işbirliği yapıldığını, %13,3'ünün (27) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %37,9'unun (77) afet planında endüstriyel veya ticari kuruluş ile işbirliği yapıldığını, %12,8'inin (26) ise işbirliği yapılmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %40,9'u (83) afet planında Diğer Hastaneler, %34,5'i (70) Acil Medikal Ekipler [112], %36,9'u (75) İtfaiye Ekipleri, %41,4'ü (84) Tehlikeli Madde Ekipleri, %40,4'ü (82)

Emniyet Ekipleri, %36,5'i (74) İl Sağlık Müdürlüğü, %33,5'i (68) İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü [AFAD], %44,3'ü (90) Özel Kurum ve Kuruluşlar, %46,3'ü (94) Üniversiteler, %39,4'ü (80) Türk Kızılay'ı, %42,4'ü (86) Askeri Kurumlar, %47,3'ü (96) Dekontaminasyon Ekipleri, %46,3'ü (94) Uzun Süreli Bakım Tesisleri, %49,3'ü (100) Endüstriyel Veya Ticari Kuruluşlar ile işbirliği yapılıp yapılmadığı konusunda kararsız kaldıklarını belirttikleri görülmektedir.

Katılımcıların afet durumunda spesifik olay müdahale stratejileri açısından değerlendirildiğinde %46,8'ini (95) afet planında işitme engelli hastalarla iletişim konusunda hazırlık yapıldığını, %12,3'nün (25) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %41,4'ünün (84) afet planında görme engelli hastalarla iletişim konusunda hazırlık yapıldığını, %13,8'inin (28) ise hazırlık yapılmadığı belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %40,9'unun (83) afet planında Türkçe bilmeyen hastalarla iletişim konusunda hazırlık yapıldığını, %14,8'inin (30) ise hazırlık yapılmadığı belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %43,8'inin (89) afet planında hareket engeli olan hastaların bakımı konusunda hazırlık yapıldığını, %14,8'inin (30) ise hazırlık yapılmadığı belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %42,9'unun (87) afet planında teknolojik ekipmanlara bağımlı hastaların bakımı konusunda hazırlık yapıldığını, %14,8'inin (30) ise hazırlık yapılmadığı belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %38,9'unun (79) afet planında hamile kadınlar konusunda hazırlık yapıldığını, %14,3'ünün (29) ise hazırlık yapılmadığı belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %39,4'ünün (80) afet planında özel sağlık ihtiyaçları olan hastaların barınması konusunda hazırlık yapıldığını, %13,8'inin (28) ise hazırlık yapılmadığı belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %37,9'unun (77) afet planında engelli hastaların barınma barınması konusunda hazırlık yapıldığını, %12,8'inin (26) ise hazırlık yapılmadığı belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %40,9'u (83) afet planında işitme engelli hastalarla iletişim konusunda, %44,8'i (91) görme engelli hastalarla iletişim konusunda, %44,3'ü (90) Türkçe bilmeyen hastalarla iletişim konusunda, %41,4'ü (84) hareket engeli olan hastaların bakımı konusunda, %42,4'ü (86) teknolojik ekipmanlara bağımlı hastaların barınması konusunda, %46,8'ü (95) hamile kadınlar konusunda, %46,8'i (95) özel sağlık ihtiyaçları olan hastaların barınması konusunda, %49,3'ü (100) zihinsel engelli hastaların barınma konusunda hazırlık yapılmadığı hakkında kararsız kaldıklarını belirttikleri görülmüştür.

Katılımcıların lokal artış kapasitesi açısından değerlendirildiğinde %37'sinin (75) afet planında hasta kabul artış kapasitesini yükseltmeye yönelik kılavuzlar konusunda hazırlık yapıldığını, %12,3'ünün (25) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %38,9'unun (79) afet planında barınma yeri değiştirilmiş hastaları hızlı bir şekilde tespit etmek ve korumak için protokol konusunda hazırlık yapıldığını, %10,8'inin (22) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %38,4'ünün (78) afet planında refakatçili ve refakatçisiz hastalar için izleme sistemi konusunda hazırlık yapıldığını, %13,8'inin (28) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %38,4'ünün (78) afet planında hastaların ailelerle yeniden bir araya gelmesi konusunda hazırlık yapıldığını, %14,8'inin (30) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %36,9'unun (75) afet planında yerleri değiştirilmiş hastalar için barınma malzemeleri konusunda hazırlık yapıldığını, %16,7'sinin (34) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %37,4'ünün (76) afet planında operasyonların sürekliliği konusunda hazırlık yapıldığını, %11,8'inin (24) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %41,9'unun (85) afet planında sağlık çalışanlarını paylaşmak için diğer kurumlarla karşılıklı yardım anlaşmaları konusunda hazırlık yapıldığını, %12,8'inin (26) hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %37,4'ünün (76) afet planında gönüllü profesyonel sağlık personellerinin ön kayıtları konusunda hazırlık yapıldığını, %13,3'ünün (27) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %38,9'unun (79) afet planında acil durumdan dolayı kişisel veya aile etkisi nedeniyle personelin devamsızlığı konusunda hazırlık yapıldığını, %15,3'ünün (31) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %43,3'ünün (88) afet planında çok sayıda hastanın hastaneden taşınması konusunda hazırlık yapıldığını, %14,8'inin (30) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %42,9'unun (87) afet planında sahada büyük kapasiteli morgun kurulması konusunda hazırlık yapıldığını, %10,3'ünün (21) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %50,7'si (103) afet planında hasta kabul artış kapasitesini yükseltmeye yönelik kılavuzlar konusunda, %50,2'i (102) barınma yeri değiştirilmiş hastaları hızlı bir şekilde tespit etmek ve korumak için protokol konusunda, %47,8'i (97) refakatçili ve refakatçisiz hastalar için izleme sistemi konusunda, %46,8'i (95) hastaların ailelerle yeniden bir araya gelmesi konusunda, %46,3'ü (94) yerleri değiştirilmiş hastalar için

barınma malzemeleri konusunda,%50,7'si (103) operasyonların sürekliliği konusunda, %45,3'ü (92) sağlık çalışanlarını paylaşmak için diğer kurumlarla karşılıklı yardım anlaşmaları konusunda, %49,3'ü (100) gönüllü profesyonel sağlık personellerinin ön kayıtları konusunda, %45,8'i (93) acil durumdan dolayı kişisel veya aile etkisi nedeniyle personelin devamsızlığı konusunda, %41,9'u (85) çok sayıda hastanın hastaneden taşınması konusunda ve %46,8'i sahada büyük kapasiteli morgun kurulması konusunda hazırlık yapılmadığı hakkında kararsız kaldıklarını belirttikleri görülmüştür.

Katılımcıların afet planında mevcut malzemeler ve kaynaklar açısından değerlendirildiğinde %38,4'ünün (78) radyoaktif salgına müdahale için potasyum iyodürün verilmesi konusunda hazırlık yapıldığını, %11,8'inin (24) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %39,9'unun (81) mekanik ventilasyonun başlatılması ve bitirilmesi için ayarlanmış bakım standartlarının uygulanması konusunda hazırlık yapıldığını, %13,3'ünün (27) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %39,4'ünün (80) diğer sınırlı yoğun bakım kaynakları için triyaj işlemleri konusunda hazırlık yapıldığını, %11,3'ünün (23) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %45,3'ünün (92) acil servis aktive durumunu takip etmek için bölgesel haberleşme sistemleri konusunda hazırlık yapıldığını, %11,3'ünün (23) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %43,3'ünün (88) mevcut yoğun bakım yataklarını (yetişkin, pediatrik ve/veya yeni doğan) takip etmek için bölgesel iletişim sistemleri konusunda hazırlık yapıldığını, %11,8'inin (24) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %45,8'inin (93) malzemeleri ve ekipmanları paylaşmak için diğer kurumlarla karşılıklı yardım anlaşmaları konusunda hazırlık yapıldığını, %8,9'unun (18) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %42,9'unun (87) salgın veya diğer kitle kazaları olayları sırasında planlanmış bakım standartlarının bölgesel koordinasyonu konusunda hazırlık yapıldığını, %9,4'ünün (19) ise hazırlık yapılmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %49,8'i (101) afet planında radyoaktif salgına müdahale için potasyum iyodürün verilmesi konusunda, %46,8'i (95) mekanik ventilasyonun başlatılması ve bitirilmesi için ayarlanmış bakım standartlarının uygulanması konusunda, %49,3'ü (100) diğer sınırlı yoğun bakım kaynakları için triyaj işlemleri konusunda, %43,3'ü (88) acil servis aktive durumunu takip etmek için bölgesel haberleşme sistemleri konusunda, %44,8'i (91) mevcut yoğun bakım

yataklarını (yetişkin, pediatrik ve/veya yeni doğan) takip etmek için bölgesel iletişim sistemleri konusunda, %45,3'ü (92) malzemeleri ve ekipmanları paylaşmak için diğer kurumlarla karşılıklı yardım anlaşmaları konusunda ve %47,8'i (97) salgın veya diğer kitle kazaları olayları sırasında planlanmış bakım standartlarının bölgesel koordinasyonu konusunda hazırlık yapıp yapılmadığı hakkında kararsız kaldıklarını belirttikleri görülmüştür.

Katılımcıların afet eğitimi açısından değerlendirildiğinde %50,7'sinin (103) genel afet ve acil durum müdahalesi konusunda senaryolar oluşturulduğunu, %6,9'unun (14) ise senaryo oluşturulmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %48,8'inin (99) şiddetli salgın konusunda senaryolar oluşturulduğunu, %7,9'unun (16) ise senaryo oluşturulmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %52,2'sinin (106) doğa kaynaklı afetler (örneğin kasırgalar, seller, depremler) konusunda senaryolar oluşturulduğunu, %6,9'unun (14) ise senaryo oluşturulmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %48,8'inin (99) biyolojik kazalar veya saldırılar konusunda senaryolar oluşturulduğunu, %8,4'ünün (17) ise senaryo oluşturulmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %51,2'sinin (104) kimyasal kazalar veya saldırılar konusunda senaryolar oluşturulduğunu, %7,9'unun (16) ise senaryo oluşturulmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %49,8'inin (101) radyolojik /nükleer kazalar veya saldırılar konusunda senaryolar oluşturulduğunu, %7,9'unun (16) ise senaryo oluşturulmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %52,7'sinin (107) patlayıcı veya yanıcı kazalar veya saldırılar konusunda senaryolar oluşturulduğunu, %7,4'ünün (15) ise senaryo oluşturulmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %45,8'inin (93) dekontaminasyon prosedürleri konusunda senaryolar oluşturulduğunu, %8,4'ünün (17) ise senaryo oluşturulmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %51,2'sinin (104) hassas gruplar (çocuklar, zayıf yaşlılar, zihinsel engelli) konusunda senaryolar oluşturulduğunu, %3,9'unun (8) ise senaryo oluşturulmadığını belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların %42,4'ü (86) afet planında genel afet ve acil durum müdahalesi konusunda senaryolar, %43,3'ü (88) şiddetli salgın konusunda senaryolar, %40,9'u (83) doğa kaynaklı afetler (örneğin kasırgalar, seller, depremler) konusunda senaryolar, %42,9'u (87) biyolojik kazalar veya saldırılar konusunda senaryolar, %40,9'u (83) kimyasal kazalar veya saldırılar konusunda senaryolar, %42,4'ü (86) radyolojik /nükleer kazalar veya saldırılar konusunda senaryolar, %39,9'u (81) patlayıcı veya yanıcı kazalar

veya saldırılar konusunda senaryolar, %45,8'i (93) dekontaminasyon prosedürleri konusunda senaryolar ve %44,8'i (91) hassas gruplar (çocuklar, zayıf yaşlılar, zihinsel engelli) konusunda senaryolar oluşturulup oluşturulmadığı hakkında kararsız kaldıklarını belirttikleri görülmüştür.

Kurumsal afet hazırlık puanları toplamda 100 puan olacak şekilde tasarlanarak incelenmiştir. Evet için 1,82 puan diğer seçenekler için 0 puan verilmiştir.

Tablo 7. Kurumsal Afet Hazırlık Puan Skalası

Puan	Düzeyi
0-20	Çok Düşük
21-40	Düşük
41-60	Orta
61-80	Yüksek
81-100	Çok Yüksek

Kurum afet hazırlık puan aralıkları 100-81 arası puanlar çok yüksek düzeyde hazırlıklı, 80-61 arası puanlar yüksek düzeyde hazırlıklı, 60-41 arası puanlar orta düzeyde hazırlıklı, 40-21 arası puanlar düşük düzeyde hazırlıklı ve 20-0 arası puanlar ise çok düşük düzeyde hazırlıklı olarak yorumlanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Kurum Afet Hazırlık Puan Ortalamaları

	N	Ort.	SS.
Kurumsal Hazırlık Puanı Ortalamaları	203	46,76	±33,13

Katılımcıların kurumsal afet hazırlık puanı, puan ortalamaları 46,76±33,13 bulunmuştur. 46,76 puan değeri Tablo 7'deki skalaya göre orta düzey olarak kabul edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Kurumsal Afet Hazırlık Puanı Ortalamalarının Cinsiyet Durumlarına Göre Dağılımı

	Cinsiyet	n	Ort.	SS	Std Hata	p
Hazırlık Bilgi Puanı	Erkek	83	53,152	31,047	3,407	,022
	Kadın	120	42,345	33,935	3,097	

Katılımcıların kurumsal afet hazırlık puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kurumsal afet hazırlık puan ortalamalarının erkek katılımcılarda $53,15\pm 31,04$ iken kadın katılımcılarda $42,34\pm 33,93$ olduğu saptanmıştır. Oluşturulan puan skalasına göre erkek ve kadın katılımcıların her ikisinin de puan ortalamaları seviye olarak orta düzeydedir (Tablo 9).

Tablo 10. Kurumsal Afet Hazırlık Puanı Ortalamaları Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

	Medeni Durum	n	Ort.	SS	Std Hata	p
Hazırlık Bilgi Puanı	Evli	93	52,32	33,86	3,51	,027
	Bekâr	110	42,05	31,90	3,04	

Katılımcıların kurumsal afet hazırlık puan ortalamaları medeni durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kurumsal afet hazırlık puan ortalamaları bekâr katılımcıların $42,05\pm 31,90$ iken evli katılımcıların $52,32\pm 33,86$ olduğu saptanmıştır. Oluşturulan puan aralığına göre evli ve bekâr katılımcıların her ikisinin de puan ortalamaları seviye olarak orta düzeydedir (Tablo 10).

Tablo 11. Eğitim Durumları Arasındaki Analiz Sonuçları

	Eğitim Durumu	N	Ortalama Sıra (MeanRank)	Chi-Square	Serbestlik Derecesi (df)	Anlamlılık Düzeyi (p)	Anlamlı Fark
Hazırlık Puanı	Lise	21	95,76	27,601	4	,000	G1-G5
	Ön Lisans	48	108,29				
	Lisans	94	83,85				
	Yüksek Lisans	24	134,31				
	Doktora	16	149,47				

Tablo 12. Eğitim Durumuna Göre Hazırlık Puanı

Eğitim Durumuna Göre Hazırlık Puanı	
G5>G1	
	p<0.05
G1: Lise G2: Ön Lisans G3: Lisans G4: Yüksek Lisans G5: Doktora	

Katılımcıların öğrenim durumları lise ön lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora olmak üzere 5 farklı şekilde kategorize edilmiştir. Toplam 203 katılımcının analizinde afet hazırlık bilgi puanları arasında fark olup olmadığını sınamak için, mezun oldukları son eğitim düzeyine göre oluşturulan grupların afet hazırlık puanları ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Sonuç değerlerine göre lise ve doktora grupları arasında anlamlı fark gözlenmiştir. Bu test sonuçlarına göre doktora mezunlarının afet hazırlık bilgi puanı lise mezunlarından daha yüksek çıkmıştır (Tablo 12).

Tablo 13. Çalışma Yılı İle Afet Hazırlık Bilgi Puanı Arasında Analiz Sonuçları

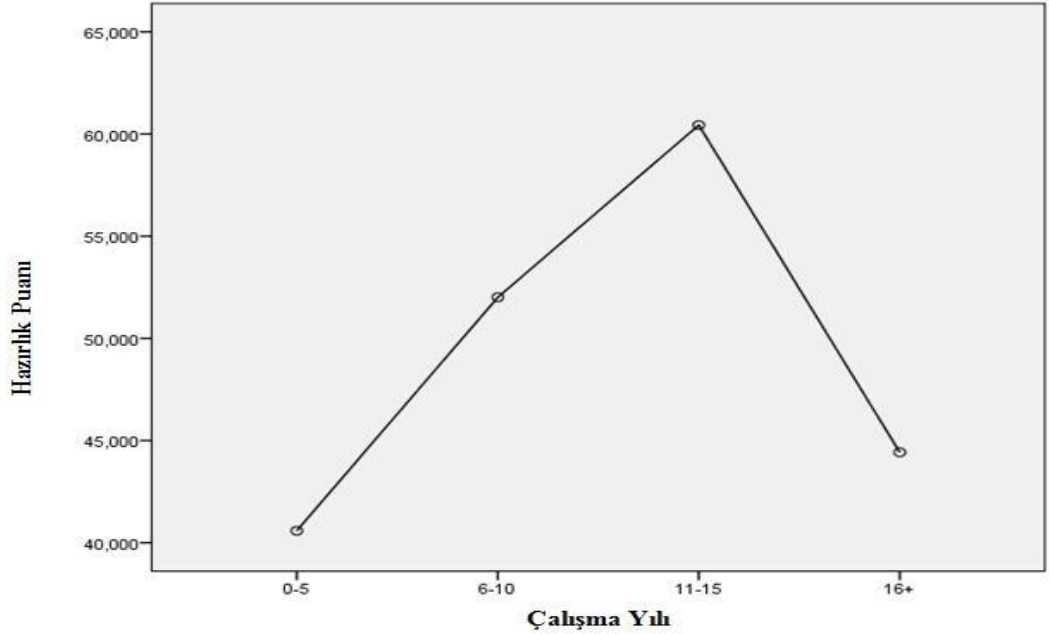
Çalışma Yılı	n	Ortalama	Std. Deviation
0-5	100	40,586	31,861
6-10	52	52,010	32,557
11-15	29	60,436	33,893
16 +	22	44,424	34,015
TOPLAM	203	46,764	33,137

Tablo 14. Çalışma Yılı Varyans Analizi Tablosu

Kaynak	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F	P
Grup İçi	10789,464	3	3596,488	3,392	
Gruplar Arası	211025,614	199	1060,430		0,019
Toplam	221815,078	202			

Katılımcıların çalışma yılları 0-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 16 ve üzeri yıl olmak üzere 5 kategoride değerlendirilmiştir. Toplamda 203 katılımcının analizinde 0-5 yıl arası çalışanlar ile 11-15 yıl arasında çalışanlar arasında ($p=0.019$) anlamlı farklılık bulunmuştur $p<0.05$. Afet hazırlık bilgi puanının çalışma yıllarına göre dağılımı ise 0-5 yıl arası çalışma yılı olan katılımcıların $40,56\pm 31,86$, 6-10 yıl arası çalışama yılı olan $52,01\pm 35,55$, 11-15 yıl arası çalışma yılı olan katılımcıların $60,436\pm 33,89$, 16 ve üzeri çalışma yılı olan katılımcıların ise $44,42\pm 34,015$ olarak ölçülmüştür.

Grafik 2. Çalışma Yılı Ve Afet Hazırlık Bilgi Puanı İlişki Puanı



Tablo 15. Yaş Grubu İle Afet Hazırlık Bilgi Puanı Arasında Analiz Sonuçları

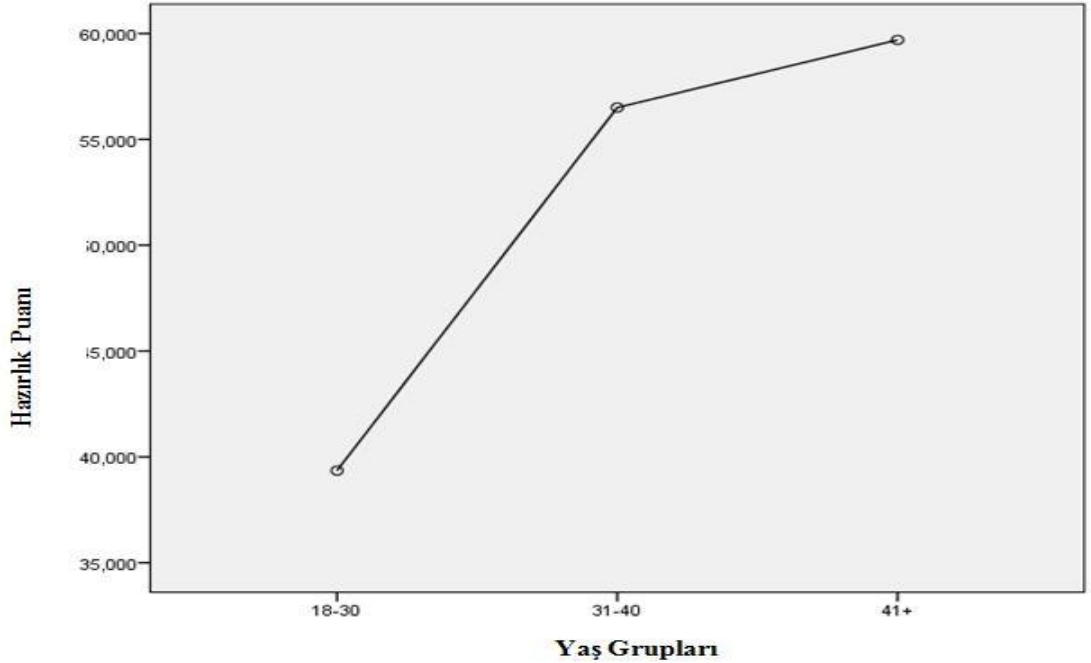
Yaş Grubu	n	Ortalama	Std. Deviation
18-30	119	39,351	32,832
31-40	64	56,505	31,740
41+	20	59,696	28,273
TOPLAM	203	46,764	33,137

Tablo 16. Yaş Grupları Varyans Analizi Tablosu

Kaynak	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F	P
Grup İçi	15955,902	2	7977,951	7,751	
Gruplar Arası	205859,176	200	1029,296		0,001
Toplam	221815,078	202			

Yaş grupları 18-30, 31-40 ve 41 ve üzeri olmak üzere 3 kategoride değerlendirilmiştir. Toplamda 203 katılımcının analizinde 18-30 yaş aralığı ile 31-40 yaş aralığı olanlar arasında ($p=0.001$) anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş gruplarına göre afet hazırlık bilgi puanı dağılımı; 18-30 yaş grubu arasında olan katılımcıların $39,35\pm 32,83$, 31-40 yaş grubu arasında olan katılımcıların $56,50\pm 31,74$, ve 41 ve üzeri yaş grubunda olan çalışanların ise $59,69\pm 28,27$ olarak ölçülmüştür.

Grafik 3. Yaş Grupları Ve Afet Hazırlık Bilgi Puanı İlişki Puanı



3.11. Hipotezlerin Değerlendirilmesi

H1:Gümüşhane Devlet Hastanesi kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı yüksek düzeydedir. Katılımcıların afet hazırlık bilgi puanı ortalaması $46,76\pm 33,13$ bulunmuştur. Tablo 7'deki skalaya göre ise bu puan aralığı orta düzey olarak ölçülmüştür. **Sonuç olarak H1 hipotezi reddedilmiştir.**

H2: Katılımcıların kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı ile cinsiyetleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Katılımcıların kurumsal afet hazırlık puan ortalamaları cinsiyet durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kurumsal afet hazırlık puan ortalamaları erkek katılımcıların $53,15\pm 31,04$ iken kadın katılımcıların $42,34\pm 33,93$ olduğu saptanmıştır. Oluşturulan puan aralığına göre erkek ve kadın katılımcı gruplarının ikisinin de puan ortalamaları Tablo 7'deki skalaya göre seviye olarak orta düzeydedir. **Sonuç olarak H2 Hipotezi kabul edilmiştir.**

H3: Kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı ile medeni durumu arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Katılımcıların kurumsal afet hazırlık puan ortalamaları medeni durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kurumsal afet hazırlık puan ortalamaları bekâr katılımcıların $42,05\pm 31,90$ iken evli katılımcıların ise $52,32\pm 33,86$ olduğu saptanmıştır. Oluşturulan puan aralığına göre evli ve bekâr katılımcı gruplarının ikisinin de puan ortalamaları Tablo 7'deki skalaya göre seviye olarak orta düzeydedir. **Sonuç olarak H3 Hipotezi kabul edilmiştir.**

H4: Kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı ile çalışma yılı arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Katılımcıların analizinde 0-5 yıl arası çalışanlar ile 11-15 yıl arasında çalışanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur $p<0.05$. **Sonuç olarak H4 Hipotezi kabul edilmiştir.**

H5: Kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı ile yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Katılımcıların analizinde katılımcının analizinde 18-30 yaş aralığı ile yaş aralığı olanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. **Sonuç olarak H5 Hipotezi kabul edilmiştir.**

H6: Kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı ile eğitim durumları arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Katılımcıların afet hazırlık bilgi puanı ile eğitim durumları arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Fakat katılımcı sayılarının homojen olarak dağılmaması nedeniyle, grup içerisinde tekrar Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır. Bu testler sonucunda lise ve doktora öğrenim durumları ile afet hazırlık bilgi puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. **Sonuç olarak H6 Hipotezi kabul edilmiştir.**

H7:Kurumsal afet hazırlığı bilgi puanı görevleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Katılımcıların afete hazırlık bilgi puanı ile görevleri arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. **Sonuç olarak H7 Hipotezi reddedilmiştir.**

3.12. Tartışma

Top ve arkadaşlarının 2010 yılında yürüttüğü An Investigation of Hospital Disaster Preparedness in Turkey isimli çalışmada kimyasal kazalar için afet planı olduğunu ifade edenlerin %23'ünü kamu hastaneleri, %90'mı özel hastaneler, %22,7'sini üniversite hastaneleri oluşturmakta; radyoaktif kazalar için afet planı olduğunu ifade edenlerin %19,2'sini kamu hastaneleri, %90'mı özel hastaneler, 18,2'sini üniversite hastaneleri oluşturmaktadır. Gümüşhane Devlet Hastanesi'ndeki çalışmamızda ise kimyasal kazalar için bu oran %55,2 radyoaktif kazalar için %53,7'dir. Bu kapsamda Gümüşhane devlet hastanesi üniversite ve kamu hastanelerinden daha yüksek oranda kimyasal kazalar için daha hazırlıklı durumdadır.

Işık'ın 2004 yılında yürüttüğü 'Hastane Çalışanlarının Acil Durumlarda Yardım Çağırma Bilgisinin Ve Afetlere Hazırlık Durumlarının Araştırılması' isimli çalışmasında hastanede elektrik kesilmesi durumunda yedek enerji kaynağının varlığına %92,5, hastanenin su kesintisi durumunda yedek su kaynakları olma durumuna ise %48,1 oranında evet cevabı alındığı görülmüştür. Bu çalışmada ise hastanenin dış kaynaksız idare edebileceği süreye 1 haftadan az olarak cevap verenlerin oranı %44,3'tür. Hastanenin kendi kendine yetebilmesi için yedek elektrik ve su kaynaklarının varlığı baz alınmıştır. Bu durumda Gümüşhane Devlet Hastanesi'nin dış

kaynaksız kendi kendine hizmet vermeye devamlılığı için yeterli alternatif kaynağının olmadığı görülmektedir.

Kurtulan'ın 2010 yılında yürüttüğü 'İstanbul Hastanelerinde Stratejik Afet Planlaması Ve Uygulama Model Önerisi' isimli çalışmasında veri toplanan 146 hastaneye yapılan test sonucu, hastanelerin %1,4'ü elektrik kesintisi olması durumunda dış kaynaksız elektrik ihtiyacını gideremeyeceğini, %17,8'i 12 saate kadar karşılayabileceğini, %19,9'u 24 saate kadar karşılayabileceğini, %15'i 48 saate kadar karşılayabileceğini ve %45,9'u en az 3 gün kendi kendine elektrik ihtiyacını giderebileceğini, hastanelerin %2,1'i su kesintisi olması durumunda dış kaynaksız su ihtiyacını gideremeyeceğini, %11'i 12 saate kadar karşılayabileceğini, %21,2'si 24 saate kadar karşılayabileceğini, %21,9'u 48 saate kadar karşılayabileceğini ve %43,8'i en az 3 gün kendi kendine su ihtiyacını giderebileceği sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada ise hastanenin dış kaynaksız idare edebileceği süreye 1 haftadan az olarak cevap verenlerin oranı %44,3'tür. hastanenin kendi kendine yetebilmesi için yedek elektrik ve su kaynaklarının varlığı baz alınmıştır. Bu durumda Gümüşhane Devlet Hastanesi'nin dış kaynaksız kendi kendine hizmet vermeye devamlılığı için yeterli alternatif kaynağının olmadığı görülmektedir.

Işık'ın 2004 yılında yaptığı 'Hastane Çalışanlarının Acil Durumlarda Yardım Çağırma Bilgisinin Ve Afetlere Hazırlık Durumlarının Araştırılması' isimli çalışmasında hastanenin deprem için yeterli düzeyde hazır olması durumuna %10,6 oranında evet yanıtı, %53,7 oranında ise hayır yanıtını aldığı görülmektedir. Bu çalışmada ise bu oranlar %60,6 evet ve %8,4 hayır şeklinde bulunmuştur. Bu durumda hastane Gümüşhane Devlet Hastanesi çalışanları, hastanenin depremlere karşı afet hazırlığının yüksek oranda olduğu görüşü ortaya çıkmaktadır.

Çelikli'nin 2010 yılında yürüttüğü 'Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Afet Yönetimi Ekibine Olağandışı Durumlara Hazırlıklı Olma Konusunda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi Ve Uygulamanın Sınanması' isimli çalışmada araştırmaya katılanlara eğitim öncesi ve sonrası iki farklı zamanda anket uygulaması yapılmıştır. Bu testlerden eğitim öncesi yapılan uygulamasında bilgi puanı ortalaması en düşük puan 44 en yüksek puan ise 76 olarak bulunduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise bu puan $46,76 \pm 33,13$ olarak bulunmuştur. Bu durumda Gümüşhane devlet hastanesi bilgi puanı

baz alınarak yapılacak karşılaştırmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden düşük durumdadır.

Ada'nın 2013 yılında yürüttüğü 'Afetlerde Bilgi ve Teknoloji Yönetimi: Gazi Antep ve Kahraman Maraş Hastanelerinde Bir Alan Araştırması' isimli çalışmada afetlerde bilgi teknolojileri ve alt yapı işlevlik durumunda yapılan analiz sonuçlarında, bilgisayar, bilgisayar ağları, sunucular ve online sistemlerin afet sonrası aktif hizmet veremeyeceği ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada ise bilgi teknolojileri kapsamında teknolojik ekipmanlara bağlı hastaların barınması konusunda analiz yapılmıştır. Bu analiz sonucu %42,9 oranında bu konuda hazırlık yapıldığını %14,8 oranında ise hazırlık yapılmadığı ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda Gümüşhane Devlet Hastanesinin afet olması durumunda teknolojik ekipmanlara bağımlı hastaların hizmetinde aksaklık olmayacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Vatan ve Salur'un 2010 yılında yürüttüğü 'Yönetici Hemşirelerin Hastanelerdeki Deprem Afet Planları Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi' isimli çalışmada, katılımcıların %13'ünün bir deprem durumunda mevcut hükümet ve görevli diğer sağlık kurum ve kuruluşları ile iletişim planının olduğunu, %78,4'ü böyle bir planın olmadığını ve %8,3'ünün ise plan olup olmadığı hakkında bilgisinin olmadığı sonucuna ulaşıldığı görülmüştür. Bu çalışmada ise katılımcıların %60,6'sı planın doğa kaynaklı afetlere hitap ettiğini, %8,4'ü hitap etmediğini ve %31'i bu konu hakkında bilgisinin olmadığını veya kararsız olduğunu belirttiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca bu çalışmada katılımcıların %55,2'si kimyasal afet planının kazalara hitap ettiğini, %53,2'si salgın hastalıklara hitap ettiğini, %58,1 ise afet planının biyolojik kazalara hitap ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Alp'in 2009 yılında yaptığı 'Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Afet Planının İçeriği İle Uygulanma Durumunun Değerlendirilmesi' isimli çalışmada sevk ve idare başlığı altında, acil komuta merkezinde gerekli iletişim ve eşgüdümü sağlayacak ekipman, malzeme ve kişilere yönelik bir planlama yapılmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada ise lokal artış kapasitesi başlığı altında afet planında çok sayıda hastanın taşınması sorusuna katılımcıların %44,3'ü evet, %14,8'i hayır ve %41,9'u ise bilmiyorum cevaplarını verdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumda Gümüşhane

Devlet Hastanesi'nin hastaların sevk ve idaresi konusunda ayrıntılı bir hazırlık planı yaptığı ortaya çıkmaktadır.

Alp'in 2009 yılında yürüttüğü çalışmada olağan dışı durumlarda hastanenin sadece yatak kapasitesinin anlık şartlara göre %5 olarak arttırılabileceği fakat bu %5 oranında ki artışın nasıl uygulanacağı belli olmadığı belirtilmiştir. Ancak bu çalışmada, lokal artış kapasitesi arttırmaya yönelik sorularda öncelikli olarak, katılımcıların %36,5'i planında hasta kabul artış kapasitesini yükseltmeye yönelik kılavuzlar konusunda hazırlık yapıldığını, %38,9'u barınma yeri değiştirilmiş hastaları hızlı bir şekilde tespit etmek ve korumak için protokol konusunda hazırlık yapıldığını, %34,4'ü refakatçili ve refakatçisiz hastalar için izleme sistemi konusunda hazırlık yapıldığını, %38,4'ü hastaların ailelerle yeniden bir araya gelmesi konusunda hazırlık, %36,9'u yerleri değiştirilmiş hastalar için barınma malzemeleri konusunda hazırlık yapıldığını, %37,4'ü operasyonların sürekliliği konusunda hazırlık yapıldığını, %41,9'u planında sağlık çalışanlarını paylaşmak için diğer kurumlarla karşılıklı yardım anlaşmaları konusunda hazırlık yapıldığını, %37,4'ü gönüllü profesyonel sağlık personellerinin ön kayıtları konusunda hazırlık yapıldığını, %38,9'u acil durumdan dolayı kişisel veya aile etkisi nedeniyle personelin devamsızlığı konusunda hazırlık yapıldığını, %43,3'ü çok sayıda hastanın hastaneden taşınması konusunda hazırlık yapıldığını ve %42,9'u sahada büyük kapasiteli morgun kurulması konusunda hazırlık yapıldığı belirttiği sonucuna ulaşmıştır. Bu kapsamda Gümüşhane Devlet Hastanesi lokal artış kapasitesi konusunda ayrıntılı hazırlıklar yaparak, afet durumunda hareket ve imkan kabiliyetini arttırmak için hazırlıklı durumda bulunduğu söylenebilmektedir.

Vick'in 2017 yılında yürüttüğü 'Assessment Of Community Hospital Disaster Preparedness In New York State' isimli çalışmada, hastanelerin %96,3'ünün doğa kaynaklı afetlere yönelik hazırlık planı yaptığı, %97,5'i salgın hastalıklara karşı, %93,8'i biyolojik kazalar ve ataklara karşı, %93,8'i kimyasal kazalar ve ataklara karşı, %83,8'i yanıcı ve patlayıcı kazalar ve ataklara ve %90'ı nükleer radyolojik kazalara karşı hazırlık planı yaptığı sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada ise katılımcıların %60,6'sı doğa kaynaklı afetlere, %53,2'si salgın hastalıklara, %58,1'i biyolojik kazalar ve ataklara, %55,2'si kimyasal kazalar ve ataklara, %53,7'si radyolojik kaza ve ataklara

ve %58,1'i ise yanıcı ve patlayıcı kazalar ve ataklara yönelik hazırlık planı yapıldığını belirtmiştir.

Niska ve Burt'un 2005 yılında yürüttüğü çalışmada biyolojik kazalar ve ataklara karşı hastanelerin %81 oranında hazırlık planı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda ise bu oran %58,1 olarak bulunmuştur. Bunun nedeni geçmiş yıllarda bu afetlere yönelik her hangi bir olayın yaşanmaması olabilir.

United States General Accounting Office 'in 2003 yılında yayınladığı çalışmada hastanelerin yaklaşık yüzde 70'inin karşılıklı yardım anlaşmaları, personel, ekipman veya diğer kaynakları sağlama veya paylaşma gibi anlaşmalar yaptığını bildirmiştir. Bu çalışmada ise Afet planında Diğer Hastaneler ile %50,7 oranında işbirliği yapıldığı saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların %45,8'inin malzemeleri ve ekipmanları paylaşmak için diğer kurumlarla karşılıklı yardım anlaşmaları konusunda hazırlık yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Treat ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı çalışmada Katılımcıların hiçbiri, bölgelerinin biyolojik bir olayla başa çıkmaya tamamen hazır olduğuna inanmadığını saptamıştır. Katılımcıların yaklaşık %75'i bölgelerinin hiç hazırlanmadığı ve %25'i (tüm kentsel hastanelerin% 26'sı) hazır olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kimyasal silahlarla ilgili olarak,% 73'ü hiç hazırlanmadıklarına inanyordu ve% 26'sı (tüm kentsel) bir şekilde hazır olduklarına inanyordu. Bu çalışmada ise katılımcıların %58,1'iafet planının biyolojik kazalar veya ataklara hitap ettiğini, %12,3'ü hitap etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %55,2'si afet planının kimyasal kazalar veya ataklara hitap ettiğini, %13,8'i ise hitap etmediğini belirtmiştir.

Higgins ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı çalışmada Acil tıbbi hizmetler (% 96), acil durum yönetimi kurumları (% 94), kolluk kuvvetleri (% 95), itfaiye birimleri (% 95) ve sağlık birimleri (% 92) ile işbirliği yapıldığını saptamıştır. Bu çalışmada ise %60,1 oranında afet planında acil medikal ekipler ile işbirliği yapıldığı, %61,1 oranında afet planında İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü

ile işbirliği yapıldığı, %57,1 oranında afet planında itfaiye ekipleri ile işbirliği yapıldığı, %55,7 oranında afet planında emniyet ekipleri ile işbirliği yapıldığı, %50,2 oranında afet planında askeri kurumlar ile işbirliği yapıldığı, %59,1 oranında afet

planında İl Sağlık Müdürlüğü ile işbirliği yapıldığını,%50,7 oranında afet planında diğer hastaneler ile işbirliği yapıldığını sonucuna ulaşmıştır.

Kaji ve Lewis'in 2006 yılında yaptığı 'Hospital Disaster Preparedness in Los Angeles County' isimli çalışmada değerlendirdikleri hastanelerin % 51'i kimyasal antidot stokları bulunduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada ise hastanelerin %38,4'ünün radyoaktif salgına müdahale için potasyum iyodürün verilmesi konusunda hazırlık yapıldığı sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada potasyum iyodür'ün antidot olarak kullanılması baz alınmıştır.

Kaji ve Lewis'in 2006 yılında yaptığı Hospital Disaster Preparedness in Los Angeles County' isimli çalışmada hastanelerin üçte birinden daha azı, altı ya da daha fazla ventilatöre anında erişime sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada ise %39,9 oranında mekanik ventilasyonun başlatılması ve bitirilmesi için ayarlanmış bakım standartlarının uygulanması konusunda hazırlık yapıldığı sonucuna ulaşmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Afet, toplumun genellikle tüm kesimlerini etkileyen bir olgudur. Kurum farkı gözetmeksizin, devlet kurumlarının her biri bu olguda zarar görsün veya görmesin görev almak ve gerçekleştirmek zorundadır. Her bir kurumun diğeri ile ortak hareket ederek afetzede ve yakınlarını mağdur etmemek için eşgüdümlü olarak çalışmalıdır. İnsanların temel yaşam haklarında biri olan sağlık hakkının karşılanması birincil öncelik olmalıdır. Sonrasında ise afetzedelerin barınma, iâşe, eğitim gibi ihtiyaçları karşılanması gereklidir. Afetlerde sağlık hizmetleri en temel ihtiyacı karşılamak üzere hizmet vermektedir. Sağlık hizmetlerinin temel yapıtaşlarından biri olan hastaneler ise bu konuda büyük sorumluluk sahibidir. Afetten sonra hastanenin bulunduğu bölge zarar görmese bile, yakın illerden gelecek yoğun hasta sayılarına karşı hazırlıklı olmalı ve gerekli önlemleri almalıdır. Bölgesinde afet gerçekleşen hastaneler, öncelikle zarar görmemeyi sonrasında ise etkin hizmet vermeyi amaçlamalıdır.

Katılımcıların kurumsal afet hazırlık puanı, puan ortalamaları $46,76 \pm 33,13$ bulunmuştur. Katılımcıların kurumsal afet hazırlık puan ortalamaları cinsiyet durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kurumsal afet hazırlık puan ortalamaları erkek katılımcıların $53,15 \pm 31,04$ iken kadın

katılımcıların ise $42,34 \pm 33,93$ olduğu saptanmıştır. Katılımcıların kurumsal afet hazırlık puan ortalamaları medeni durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kurumsal afet hazırlık puan ortalamaları bekâr katılımcıların $42,05 \pm 31,90$ iken evli katılımcıların ise $52,32 \pm 33,86$ olduğu saptanmıştır. Yaş gruplarına göre afet hazırlık bilgi puanı dağılımı; 18-30 yaş grubu arasında olan katılımcıların $39,35 \pm 32,83$, 31-40 yaş grubu arasında olan katılımcıların $56,50 \pm 31,74$, ve 41 ve üzeri yaş grubunda olan çalışanların ise $59,69 \pm 28,27$ olarak ölçülmüştür. Afet hazırlık bilgi puanının çalışma yıllarına göre dağılımı ise 0-5 yıl arası çalışma yılı olan katılımcıların $40,56 \pm 31,86$, 6-10 yıl arası çalışmaya yılı olan $52,01 \pm 35,55$, 11-15 yıl arası çalışma yılı olan katılımcıların $60,436 \pm 33,89$, 16 ve üzeri çalışma yılı olan katılımcıların ise $44,42 \pm 34,015$ olarak ölçülmüştür.

Hastane afet yönetiminde iyi bir planlama gerekmektedir. Çünkü afetlerden sonra en büyük ilgi ve ihtiyaç hastaneler tarafından karşılanacaktır. Bu kapsamda hastanenin mümkünse afetlerden zarar görmesi engellenmeli ve bu ihtiyacı etkin bir şekilde karşılaması gereklidir.

Hastanelerde risk analizi ayrıntılı olarak yapılmalıdır. Hastane içi ve hastane dışı afetlerin zarar verebilme boyutu değerlendirilmeli, başlangıçta hastane yerleşimi afetlerden zarar görmeyecek yerlere inşa edilmelidir. Hastane binası ilgili yönetmeliklere uygun şekilde yapılmalı ve denetlenmelidir. Gerek yapısal gerekse yapısal olmayan riskler belirlenmeli, giderilmek amaçlı önlemler alınmalı ve düzenli olarak kontrolü sağlanmalıdır. Ayrıca hastane afet planında mevcut riskler ve düzenleyici faaliyetler düzenli olarak güncellenmelidir.

Hastane afet planı tüm riskleri kapsamalı ve gerekli olan tüm risk önleme prosedürleri gerçekleştirilmelidir. Bu konuda hastane bünyesinde afet uzmanı bulundurmalı, bulundurmayan hastaneler için ise dış kaynaklardan yardım almalıdır.

Hastane sadece afetlere değil aşırı kalabalık olaylara da hazırlıklı olmalıdır. Çünkü oluşacak bir kaos ortamı işleyişi olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle bu kaosu etkin bir şekilde yönetebilmek için planlama sürecinde iyi bir hazırlık yapılması gereklidir. Hastane afet planının tamamında her zaman yedek afet planları bulundurulmalı ve uygulanabilirliği yüksek düzeyde olmalıdır.

Hastane kurumu, bir afet olması halinde en az 72 saat kendi kendine yetebilecek enerji kaynaklarını veya malzeme ve ekipman durumunu hazır bulundurmalıdır. Özellikle bir afet sonrasında hastane kurumunun işlevselliğini etkileyecek (Elektrik, ilaç stoğu, su) gibi temel ihtiyaçların yedek kaynakları tedarik edilmelidir. Bu gibi uygulamaların sürekli güncel tutulması, protokol oluşturulması, stok durumunda ise son kullanım tarihinin sürekli kontrol edilmesi gereklidir.

Hastanenin afetten dolayı kullanılmaz halde olması durumunda, alan hastaneleri kurulmalı, bu hastanelerin içeriğinin ise normal bir hastaneden aşağı düzeyde olmaması gerekmektedir. Yeni kurulacak olan alan hastanelerinin iklimsel koşullara dayanıklı olması ve nüfus yoğunluğu ile orantılı düzeyde hizmet verebilecek şekilde inşa edilmelidir.

Afet sonrasında yapılan tüm uygulamalar uygun bir şekilde ayrıntılı olarak kayıt ve rapor edilmelidir. Afetten sonra tekrar yapılacak risk analizinde bu durumlar göz önünde bulundurularak tekrarının yaşanması önlenmeli ve mevcut alınan önlemlerin yeterliliği değerlendirilmelidir.

Hastane afet planı, düzenlenecek eğitimler ile personele bildirilmeli ve personel tarafından benimsenmesi için uygun uygulamalar gerçekleştirilmelidir. Bu kapsamda hizmet içi eğitim, masa başı tatbikat, uygulamalı tatbikat gibi uygulamalar düzenlenmeli ve personelin katılımı sağlanmalıdır.

Afet verilerinin kayıt edilmesi ve raporlanması, bir sonraki afet planının oluşturulmasında önemli bir rol oynar. Bu kapsamda mevcut bulunan afet veri tabanına hem hastanenin hem de diğer kurumların verilerini aktarması önerilmektedir. Bu sayede hem afet yönetimi sisteminde yapılacak planlamada hem de bu konuda yapılacak araştırmalara iyi bir kaynak oluşumu sağlanabilir.

KAYNAKÇA

- 19808 sayılı yönetmelik; (1988): Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı Ve Planlama Esaslarına Dair Yönetmelik.
- ADA Serkan; (2013), “Afetlerde Bilgi ve Teknoloji Yönetimi: Gaziantep ve Kahramanmaraş Hastanelerinde Bir Alan Araştırması”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi**, Sayı: 29, ss.1-10.
- AFAD; (2014), **Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü**, T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Ankara.
- AKDAĞ Emre; (2002), “Mali yapı ve denetim boyutlarıyla afet yönetimi”, **Araştırma/İnceleme/Çeviri Dizisi**, Sayıştay Yayın İşleri Müdürlüğü, Birinci Basım, Ankara.
- AKDUR Recep; (2001), **Afetlere Hazırlık Ve Afet Yönetimi**, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, ss. 1-39, Ankara.
- AKYEL Recai; (2007), Afet Yönetim Sistemi: Türk Afet Yönetiminde Karşılaşılan Sorunların Tespit Ve Çözümüne İlişkin Bir Araştırma, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Adana.
- ALP Serap; (2009), Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Afet Planının İçeriği İle Uygulanma Durumunun Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- ARSLAN Ümit, ŞAHİNÖZ Turgut ve KAYA Murat; (2007), **Afetlerde Sağlık Organizasyonu Çalışmalar**, TMMOB Afet Sempozyumu Bildiri Kitabı, Mattek Matbaacılık, ss. 467-471, Ankara.
- BALÇIK Pınar Yalçın, DEMİR İpek Bilgin ve ÜREK Duygu; (2014), “Ankara’da Seçilen Bazı Hastanelerde Afet Yönetimine İlişkin Mevcut Durum Değerlendirilmesi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: 17, Sayı: 1, ss. 45-58.

- BAŞEĞMEZ Derya; (2009), Hastanelerde Afet Yönetimine İlişkin Mevcut Durumun Değerlendirilmesi Balıkesir Örneği, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- BAYRAK Temel, ULUKAVAK Mustafa ve AÇAR Selim; (2010), “Gümüşhane Heyelanları”, **Harita Teknolojileri Elektronik Dergisi**, Cilt: 2, Sayı: 1, ss. 1-12.
- BRİCENOSalvano; (2002), Gender mainstreaming in disaster reduction, Presentation to the Commission on the Status of Women, **International Strategy for disaster reduction**, UN/ISDR, New York.
- BROWNE Michael ve CUDECK Robert (1993), **Alternative Ways Of Assessing Model Fit**, Sage Focus Editions, Londra.
- CATLETT Christina, JENKİN Lee, and MILLİN Michael; (2011), “Role Of Emergency Medical Services İn Disaster Response: Resource Document For The National Association Of EMS Physicians Position Statement”, **Prehospital Emergency Care**, Cilt:15, Sayı:3, ss. 420-425.
- ÇELİK Aylin; (2015), Analysis Of Local Actors In Disaster Management Through Organizational Aspect In Turkey, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- ÇELİKLİ Semra; (2010), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Afet Yönetimi Ekibine Olağandışı Durumlara Hazırlıklı Olma Konusunda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi Ve Uygulamanın Sınanması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
- DEMİRBAŞ Hülya, SEZER Ayşe ve ERGUN Ayşe; (2013), “Afet Yönetiminde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları”, iç. Nevin KANAN ve Nihal ESİN (Ed), **Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi**, Cilt:21, Sayı:2, ss. 122-128.
- ŞAHAP DENİZ Engin; (2012), Antalya İli Afet Riskleri Ve Afet Yönetimi Konusu Üzerine Bir Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Antalya.

- ERGÜNAY Oktay; (2009), **Afet Yönetimi; Genel İlkeler, Tanımlar, Kavramlar**, Afet İşleri Eski Genel Müdürlüğü, Ankara.
- ERKAL Tevfik ve DEĞERLİYURT Mehmet; (2009), “Türkiye’de afet yönetimi’’, **Doğu Coğrafya Dergisi**, Cilt: 14, Sayı: 22, ss. 147-164.
- ERSOY Şükrü ve ÖZMEN Bülent; (2017), ‘2016 Yılında Dünyada ve Türkiye’de Meydana Gelen Doğa Kaynaklı Afet Kayıplarının İstatistiksel Değerlendirmesi’, **Mavi Gezegen Dergisi**, sayı 22, ss. 13-27.
- GARDNER Candace; (2013), “Will you be ready when disaster strikes?”, **Journal of Nursing Management**, Cilt: 44, Sayı: 8, ss. 30-35.
- GEBBİE Kristine and QURESHİ Kristine; (2002), “Emergency and Disaster Preparedness: Core Competencies for Nurses”, **AJN The American Journal Of Nursing**, Cilt:102, Sayı:1, ss. 46-51.
- GÖKÇE Oktay ve TETİK Çiğdem; (2012): **Teoride Ve Pratikte Afet Sonrası İyileştirme Çalışmaları**, Afet Ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Ankara.
- GÖKÇE Oktay, ÖZDEN Şenay ve DEMİR Ahmet; (2008), **Türkiye’de Afetlerin Mekansal Ve İstatistiksel Dağılımı Afet Bilgeleri Envanteri**, Afet İşleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- GUHA-SAPİR Debarati; (2001), “Overview Of Types Of Hazards And Disasters, And Their Consequences: Association Of Schools Of Public”, İç. Linda LANDESMAN (Ed) **Disaster Preparedness İn Schools Of Public Health: A Curriculum Fort He New Century** , Washington.
- GUNAWAN Lucy , ALERS Hani, BRİNKMAN William-Paul, NEERİNCX Mark; (2011), “Distributed collaborative situation-map making for disaster response’’, **Interacting with Computers**, Cilt:23, Sayı:4, ss. 308-316, İngiltere.
- HİGGİNS Wayne, WAINRIGHT Charles, LU Ning, CARRİCO Ruth; (2004), “Assessing hospital preparedness using an instrument based on the Mass Casualty Disaster Plan Checklist: results of a statewide survey’’, **American journal of infection control**, Cilt:32, Sayı: 6, ss. 327-332.

- HOWARD Elizabeth ve WISEMAN Karen; (2001), "Emergency and disaster planning: patient education and preparation", **Nephrology Nursing Journal**, Cilt:28, Sayı:5, ss. 527-528.
- HSU Edbert, JENCKES Mollie, CATLETT Christina, ROBINSON Karen, FEUERSTEIN Carolyn, COSGROVE Sara, GREEN Gary ve BASS Eric; (2004)," Effectiveness of Hospital Staff Mass-Casualty Incident Training Methods: A Systematic Literature Review", **Prehospital and Disaster Medicine**, Cilt: 19, Sayı: 3, ss. 191-199.
- IŞIK Mustafa; (2004), Hastane Çalışanlarının Acil Durumlarda Yardım Çağırma Bilgisinin Ve Afetlere Hazırlık Durumlarının Araştırılması, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- KADIOĞLU Miktat ve BEK Özlem; (2009), **Sağlık Kuruluşları İçin Afet Acil Yardım Planlama Rehberi**, İstanbul İl Afet Ve Acil Durum Müdürlüğü İstanbul Sismik Riskin Azaltılması Ve Acil Durum Hazırlık Projesi, İstanbul.
- KADIOĞLU Miktat ve ÖZDAMAR Emin; (2008),**Modern, Bütünleşik Afet Yönetiminin Temel İlkeleri**, Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri, KADIOĞLU Miktat ve ÖZDAMAR Emin (Ed.), JICA Türkiye Ofisi Yayınları, 1. Baskı, Ankara.
- KAJİ Amy ve LEWİS Roger; (2006), "Hospital Disaster Preparedness in Los Angeles County", **Academic Emergency Medicine**, Cilt:13, Sayı:11, ss. 1198-1203.
- KAJİ Amy ve LEWİS Roger; (2007), "Current Hospital Disaster Preparedness", **Journal of the American Medical Association**, Cilt: 298, Sayı:18, ss. 2188-2190.
- KANLI İmam Bakır ve ÜNAL Yücel; (2004), "Üst düzey planlama sistemi ve afet yönetimi ilişkileri", **İtüDergisi/A**, Cilt:3, Sayı:1, ss. 103-112.

- KARAASLAN Ahmet; (2015), Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Afet Yönetimi İle Türkiye'deki Afet Yönetiminin Karşılaştırılması, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- KAYA Mustafa; (2013), Türk Kamu Yönetiminde Gönüllülük Ve Afet Yönetimi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- KHOJASTEH Samad Barri; (2014), "A Stochastic Programming Model For Decision Making Of Medical Supply Location And Allocation In Disaster Management", **Disaster medicine and public health preparedness**, Cilt11: Sayı:6, ss. 747-755.
- KROLİK Megan; (2013), "Exploring a rights-based approach to disaster management", **Australian Journal Of Emergency Management**, Cilt:28, Sayı:4. Ss. 44-48, Avustralya.
- KURTULAN Gökay; (2010), İstanbul Hastanelerinde Stratejik Afet Planlaması Ve Uygulama Model Önerisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- KURTULAN Gökhan; (2010), İstanbul Hastanelerinde Stratejik Afet Planlaması Ve Uygulama Model Önerisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- LANDESMAN Linda Young; (2001), Public Health Management Of Disaster: The Practice Guide, **American Public Health Association**, Washington, DC.
- NESMİTH Elizabeth; (2006), "Defining "Disasters" with Implications for Nursing Scholarship and Practice", **Disaster Management & Response**, Cilt: 4, Sayı:2, ss. 59-63.
- NİSKA Richard ve BURT Catharine; (2005), "Bioterrorism and mass casualty preparedness in hospitals: United States, 2003", **US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics**, Cilt:27, Sayı: 364, ss. 1-16.

NOJÍ Eric; (1994), Hospital disaster preparedness in Osaka, **Prehospital And Disaster Medicine: The Official Journal Of The National Association Of EMS Physicians And The World Association For Emergency And Disaster Medicine In Association With The Acute Care Foundation**, Cilt:9, Sayı:2, ss. 3170-3188.

ÖZMEN Bülent ve ÖZDEN Ali Tolga; (2013), “Türkiye’nin Afet Yönetim Sistemine İlişkin Eleştirel Bir Değerlendirme”, **İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Sayı: 49, ss. 1-28.

ÖZTÜRK Emrah ve ŞAHİNÖZ Turgut; (2018), “Afet ve Acil Durum Kayıtlarından 50 Yıllık (1960-2010) Analizi: Gümüşhane İli Örneği”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt: 7, Sayı: 1,ss. 95-101.

Pan American Health Organization; (2000), “Principles of Disaster Mitigation in Health Facilities”, Pan American Health Organization Emergency Preparedness, & Disaster Relief Coordination Program.

SAĞLIK BAKANLIĞI; (2016), Hastane Afet Ve Acil Durum Planı (Hap) Hazırlama Kılavuzu, **Sağlık Bakanlığı Yayınları**, Yayın Numarası: 1020, Ankara.

SCHUMACKER Randall ve LOMAX Richard ; (2004), A Beginner's Guide To Structural Equation Modelling, Routledge Taylor & Francis Group, 3. Edition, Londra.

SEÇER İsmail; (2015), **SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi**, 2. Baskı, Anı Yayıncılık, Ankara.

ŞAHİN Cemalettin ve SİPAHİOĞLU Şengün; (2002), **Doğal Afetler ve Türkiye**, 2.Baskı, Gündüz ve Eğitim Yayıncılık, Ankara.

ŞAHİN Necmettin; (2013), “Afet Yönetimi Ve Acil Yardım Planları”, **TMMOB İzmir Kent Sempozyumu**, ss.131-143, İzmir.

TEKİN Erdal; (2015), Hastane Afet Planlaması, Hastane Acil Durum Komuta Sistemi ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü

Hastanesi'ne Uygulanması, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum.

TOP Mehmet, GİDER Ömer ve TAS Yunus; (2010), “An Investigation of Hospital Disaster Preparedness in Turkey”, **Journal of Homeland Security and Emergency Management**, Cilt: 7, Sayı: 1, ss. 1-22.

TÖRENCİ Halil Ersin; (2015), Afet Yönetimi Ve Bursa'da Sağlık Sektöründe Afet Yönetimi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

TREAT Kimberly , WILLIAMS Janet, FURBEE Paul, MANLEY William, RUSSELL Floyd, STAMPER Clarence; (2001), “Hospital Preparedness for Weapons of Mass Destruction Incidents: An Initial Assessment”, **Annals of emergency medicine**, Cilt: 38, Sayı: 5, ss. 562-565.

TURAN Melikşah; (2014), Acil Yardım, Kurtarma Ve Müdahale Çalışanlarının Liderlik Stilleri İle Çatışma Yönetim Stratejilerinin İlişkisi Üzerine Bir Çalışma: Erzurum İli Örneği, Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gümüşhane.

UÇKU Reyhan ve OKUYAN Zuhâl; (2001), “Olağandışı Durumlarda Hastaneler”, Toplum Ve Hekim Dergisi, Cilt:16, Sayı:4, ss. 306-310.

UN-ISDR; (2005), “Hyogo framework for action 2005-2015: building the resilience of nations and communities to disasters”, **In Extract from the final report of the World Conference on Disaster Reduction**, The United Nations International Strategy for Disaster Reduction.

UN-ISDR; (2015), “Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030”, **In 3rd United Nations World Conference on DRR.**, Japonya.

UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE; (2003), “Hospital Preparedness Most Urban Hospitals Have Emergency Plans But Lack Certain Capacities For Bioterrorism Response”, **General Accounting Office**, Washington, DC.

- VAF AEI Nazanin ve OZTAYSI Basar; (2014), "Selecting The Field Hospital Location For Disasters: A Case Study In Istanbul", International Conference of the INFORMS GDN Section and the EURO Working Group on DSS, Special Focus: Group Decision Making and Web 3.0, ss. 323-336.
- VATAN Fahriye ve SALUR Demet; (2010), "Yönetici Hemşirelerin Hastanelerdeki Deprem Afet Planları Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi", **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, Cilt:3, Sayı:1, ss. 32-44.
- VIOLA Santiago Brusadın; (2013), An Approach For Energy Efficiency And Sustainability In Emergency Architecture: Evaluation Of Post-Disaster Shelters In Turkey, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- VICK Dan; (2017), Assessment Of Community Hospital Disaster Preparedness In New York State, Central Michigan University School Of Health Sciences, A Dissertation Submitted In Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Doctor Of Health Administration, Michigan.
- YAĞCI, Ali Levent; (2008), Afet Yönetmeliğinin, İstanbul İli İçin Türkiye Afet Bilgi Sistemi Obje Kataloguna Aktarılması, T.C İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- YARAR Onur; (2005), **Afetlerde Hastane ve Hastane Yönetim Hizmetleri**, Afet Tıbbı, ERYILMAZ Mehmet ve DİZER Ufuk (Ed), Ünsal Yayınları, Cilt:1, ss. 635-640, Ankara.
- YAVAŞ Hikmet; (2005), "Türkiye'de Doğal Afetlerin Merkez-Yerel İlişkisi Açısından Yönetim Sorunları", **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 7, Sayı: 3, ss. 280-301, İzmir.
- YILMAZ Abdullah; (2003), **Türk Kamu Yönetiminin Sorun Alanlarından Biri Olarak Afet Yönetimi**, Pegem A Yayıncılık, Ankara.

İnternet Kaynakları

AFAD: **‘T.C.Başbakanlık Afet Ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı’**,
<https://www.afad.gov.tr/tr/23429/Afet-Turleri>, Erişim Tarihi: 19.08.2018

AFAD; (2018), **‘Türkiye Deprem Tehlike Haritası’**,
<https://deprem.afad.gov.tr/deprem-tehlike-haritasi>, Erişim tarihi: 27.10.2018

EM-DAT: **The International Disaster Database**; <http://www.emdat.be>, Erişim Tarihi:
01.10.2018

İNSAMER: **İHH İnsani ve Sosyal Araştırma Merkezi, Dünyanın Afet Tablosu Ve Çözüm Önerileri**,
http://insamer.com/tr/dunyanin-afet-tablosu-ve-cozumonerileri_380.html, Erişim Tarihi: 24.09.2018

KİTAMOTO Masayuki; (2005), **‘Total Disaster Risk Management - Good Practices’**,
http://www.adrc.asia/publications/TDRM2005/TDRM_Good_Practices/GP2009_e.html, Erişim Tarihi: 04.09.2018

PUBLIC HEALTH EMERGENCY; **Disaster Response Guidance for Health Care Providers: Identifying and Understanding the Health Care Needs of Individuals Experiencing Homelessness**,
<https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Documents/clinical-guidance-toolkit060615.pdf>, Erişim Tarihi: 28.10.2018

THE FEDERAL FINANCIAL INSTITUTIONS EXAMINATION COUNCIL (FFIEC);
Lessons Learned From Hurricane Katrina: Preparing Your Institution For A Catastrophic Event, https://www.ffiec.gov/pdf/katrina_lessons.pdf, Erişim Tarihi: 28.10.2018

TÜRKİYE ŞEHİR REHBERİ VE BİLGİ KAYNAĞI; **‘Gümüşhane Deprem Fay Hattı Haritası’**, <http://www.e-sehir.com/turkiye-haritasi/gumushane-deprem-fay-hatti-riskharitasi.html>, Erişim Tarihi: 27.10.2018

UN-ISDR: **“Terminology: Basic Terms Of Disaster Risk Reduction”**,
<http://www.unisdr.org/eng/library/lib-terminology-eng.htm>, Erişim Tarihi:
24.09.2018

UN-ISDR; **“The knowledge platform for disaster risk reduction- 10th
Anniversay”**, <https://www.preventionweb.net/risk/disaster-risk>, Erişim tarihi:
28.10.2018



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Bilal GÜRSOY

Doğum Yeri ve Tarihi: Erzurum/ 18.09.1994

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi: Gümüşhane Üniversitesi-Acil Yardım ve Afet Yönetimi

Yüksek Lisans Öğrenimi: Gümüşhane Üniversitesi-Afet Yönetimi

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurumlar: Cengiz İnşaat: Sivil Savunma Amiri

İletişim

E-posta Adresi: bilal.grsy25@gmail.com

Tarih:03.01.2019

EKLER

Ek 1. Anket formu

GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİNİN AFET VE ACİL DURUMLARA YÖNELİK KURUMSAL HAZIRLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Değerli Katılımcı;

Bu çalışmanın amacı, Gümüşhaneli'deki devlet hastanesinin afet ve acil durum hazırlıklarını değerlendirmektir. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz cevapların size yararlı olacak verimlerin bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Bu anket iki bölüme ayrılmıştır. Birinci bölüm demografik bilgilerle ilgili sorulardan oluşmaktadır; ikinci bölüm ise afet ve acil durumlara kurumsal hazırlıklarınızı değerlendirmek amacıyla hazırlanan sorulardan meydana gelmektedir. Anket sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için sorulara samimi ve doğru olarak yanıtlarınız gerekmektedir. Lütfen anketlerin üzerine isim belirtmeyiniz.

Eğli ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Elif GÜRSOY

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Cinsiyet: Erkek Kadın

Medeni Durum: Evli Bekâr

Yaş: 18-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61 ve üzeri

Çalışma Süresi: 0-5 yıl 6-10 yıl 11-15 yıl 16-20 yıl 21 ve üzeri

Eğitim Durumu: Lise Ön Lisans Lisans Yüksek Lisans Doktora

Kurumdaki Görevi: İdari Hizmet Doktor Hemşire Yardımcı Sağlık Personeli (paramedik, aemetist vb.)

Kurumunuzun afet planı ne kadar yeterli olduğunu düşünüyorsunuz?

- Çok Yeterli (plan büyük düzeltmeler gerektirir)
 Biraz Yeterli (plan, küçük düzeltmeler gerektirir)
 Biraz Yeterli (planda küçük düzeltmeler gerektirir)
 Çok Yeterli (plan şu anda herhangi bir düzeltme gerektirmez)

Bir afet durumunda hastanemiz dış kayıtlı operasyonlara ne kadar devam edebilir?

- 1 haftadan az
 1-2 hafta
 3-4 hafta
 4 haftadan fazla

Kuruluşunuz için afete hazırlıklı olmanın öneminde eminler olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- Evet
 Hayır
 Emin Değilim

Hastanemizde gerçekleştirilen afet eğitiminden memnun musunuz?

- Çok Memnun
 Memnun
 Kısmen Memnun
 Memnun Değilim
 Hiç Memnun Değilim

	Soru No	GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ İÇİN KURUMSAL HAZIRLIK DEĞERLENDİRME FORMU	Evet	Hiçbir İşletme Planında Yok	Bilinmiyor
1. Akut Planın Geliştirilmesi	1	Akut planınız doğal afetlere hazır mıdır?			
	2	Akut planınız salgın hastalıklara hazır mıdır?			
	3	Akut planınız biyolojik kazalar veya atıklara hazır mıdır?			
	4	Akut planınız kimyasal kazalar veya atıklara hazır mıdır?			
	5	Akut planınız nükleer/radyolojik kazalar veya atıklara hazır mıdır?			
	6	Akut planınız yamuc/gazlayıcı kazalar veya atıklara hazır mıdır?			
2. Akut Planın İşletme ile İlgili İçeriği	7	Akut planınız Diğer Hastaneler ile işbirliği yapılmıştır			
	8	Akut planınız Acil Medical Eğitimler (IME) ile işbirliği yapılmıştır			
	9	Akut planınız İhtiyat Eğitimleri ile işbirliği yapılmıştır			
	10	Akut planınız Tehlikeli Madde Eğitimleri (HAZMAT-Zehir Durumu Hattı) ile işbirliği yapılmıştır			
	11	Akut planınız Emlak Eğitimleri ile işbirliği yapılmıştır			
	12	Akut planınız İl Sağlık Müdürlüğü ile işbirliği yapılmıştır			
	13	Akut planınız İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü (AFAD) ile işbirliği yapılmıştır			
	14	Akut planınız Özel Kurum ve Kuruluşlar ile işbirliği yapılmıştır			
	15	Akut planınız Üniversiteler ile işbirliği yapılmıştır			
	16	Akut planınız Türk Kurumları ile işbirliği yapılmıştır			
	17	Akut planınız Akademi Kurumları ile işbirliği yapılmıştır			
	18	Akut planınız Dekontaminasyon Eğitimleri birimi ile işbirliği yapılmıştır			
	19	Akut planınız Uzun Süreli Bakım Teahhütleri birimi ile işbirliği yapılmıştır			
3. Akut Durumun Sınırlı Olması İçin Önlemler	20	Akut planınız Endüstriyel veya Ticari Kuruluşlar birimi ile işbirliği yapılmıştır			
	21	Akut planınız İşitme engelli hastalarla iletişim konusunda hazırlık yapılmıştır			
	22	Akut planınız Görme engelli hastalarla iletişim konusunda hazırlık yapılmıştır			
	23	Akut planınız Türkçe bilmeyen hastalarla iletişim konusunda hazırlık yapılmıştır			
	24	Akut planınız İhtiyaçları olan hastaların bakımı konusunda hazırlık yapılmıştır			
	25	Akut planınız teknolojik ekipmanlar, bakımli hastaların bakımını konusunda hazırlık yapılmıştır			
	26	Akut planınız hamile kadınlar konusunda hazırlık yapılmıştır			
	27	Akut planınız özel sağlık ihtiyaçları olan hastaların bakımını konusunda hazırlık yapılmıştır			
4. Lokal Acil Kapasite	28	Akut planınız zihinsel engelli hastaların bakımını konusunda hazırlık yapılmıştır			
	29	Akut planınız hasta kabul arası kapasiteyi yönlendirmeye yönelik çalışmalar konusunda hazırlık yapılmıştır			
	30	Akut planınız bakımını yapılmamış hastaları hızlı bir şekilde seğit etmek ve korumak için protokol konusunda hazırlık yapılmıştır			
	31	Akut planınız nefesçizlik ve nefesçizlik hastaları için bakımını konusunda hazırlık yapılmıştır			
	32	Akut planınız hastaların aileleri yeniden bir araya gelmesi konusunda hazırlık yapılmıştır			
	33	Akut planınız yaraları deşirilmiş hastalar için bakımını malzemeleri konusunda hazırlık yapılmıştır			
	34	Akut planınız operasyonların sürekliliği konusunda hazırlık yapılmıştır			
	35	Akut planınız sağlık çalışanlarını çalışmaları için diğer kurumlarla karşılıklı yardım anlaşmaları konusunda hazırlık yapılmıştır			
	36	Akut planınız gönüllü profesyonel sağlık personellerinin bir kayıtları konusunda hazırlık yapılmıştır			
	37	Akut planınız acil duruma dolayı işlemleri veya aile edisi nedeniyle personelin devamsızlığı konusunda hazırlık yapılmıştır			
	38	Akut planınız çok sayıda hastanın hastaneden taşınması konusunda hazırlık yapılmıştır			
	39	Akut planınız taharda büyük kapasiteli morgun kurulumu konusunda hazırlık yapılmıştır			
5. Akut Müdahaleler ve Kayıtlar	40	Akut planınız radyoaktif salgın müdahale için potansiyel iyodürün verilmesi konusunda hazırlık yapılmıştır			
	41	Akut planınız mekanik ventilasyonu başlatılması ve sürdürülmesi için ayrılmış bakım standartlarının uygulanması konusunda hazırlık yapılmıştır			
	42	Akut planınız diğer acil durum bakım kayıtları için tıbbi işlemleri konusunda hazırlık yapılmıştır			

Soru No	GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ İÇİN KURUMSAL HAZIRLIK DEĞERLENDİRME FORMU	Kvot	Bölge (Afet Planında Yok)	Batıda yok tam
63	Afete planında acil servis aktif durumunu taahhüt etmek için bölgesel haberleşme sistemleri konusunda hazırlık yapılmıştır			
64	Afete planında mevcut yoğun bakım yatılıları (yetişkin, pediatrik ve / veya yeni doğan) taahhüt etmek için bölgesel iletişim sistemleri konusunda hazırlık yapılmıştır			
65	Afete planında ambulansları ve diğer taşıma araçları için diğer kurumlarla karşılıklı yardım anlaşmaları konusunda hazırlık yapılmıştır			
66	Afete planında salgın veya diğer kitle kazaları olayları sırasında planlanmış bakım standartlarının bölgesel koordinasyonu konusunda hazırlık yapılmıştır			
C. Afet Eğitimi	67	Afete planında genel afet ve acil durum müdahaleleri konusunda acaryolar oluşturulmuştur		
	68	Afete planında ciddi salgın konusunda acaryolar oluşturulmuştur		
	69	Afete planında doğal afetler (örneğin kırgıncılar, seller, deprem) konusunda acaryolar oluşturulmuştur		
	70	Afete planında biyolojik kazalar veya salgınlar konusunda acaryolar oluşturulmuştur		
	71	Afete planında kimyasal kazalar veya salgınlar konusunda acaryolar oluşturulmuştur		
	72	Afete planında radyolojik / nükleer kazalar veya salgınlar konusunda acaryolar oluşturulmuştur		
	73	Afete planında patlayıcı veya yamalı kazalar veya salgınlar konusunda acaryolar oluşturulmuştur		
	74	Afete planında dekontaminasyon gerektiren kazalar konusunda acaryolar oluşturulmuştur		
	75	Afete planında hasta grupları (çocuklar, yaşlılar, zihinsel engelli) konusunda acaryolar oluşturulmuştur		

Ek 2. Etik Kurul İzin Belgesi

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

(Proje Onay Formu)

TARİH :
YER :
KATILIMCILAR : Prof.Dr. GÜNAY ÇAKIR (Başkan)
Prof.Dr. BAHRİ BAYRAM (Üye)
Prof.Dr. HÜSEYİN DEMİR (Üye)
Prof.Dr. BAYRAM NAZİR (Üye)
Prof.Dr. EKREM CENGİZ (Üye)
Prof.Dr. SAİME ŞAHİNÖZ (Üye)
Prof.Dr. FERKAN SİPAHI (Üye)

BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU PROJE ONAY FORMU	
Projenin Adı:	Hastanelerin afet hazırlığı açısından değerlendirilmesi: Gümüşhane Devlet Hastanesi Örneği
Projenin Niteliği:	Yüksek Lisans Tezi
Proje Araştırmacıları:	Doç. Dr. Ahmet Burhan ÇAKICI GSM: 0533 561 53 55 Bilal GÜRSOY GSM: 0542 524 56 41
Proje Yürütücüsünün Haberleşme Bilgileri:	Doç. Dr. Ahmet Burhan ÇAKICI GSM: 0533 561 53 55 Bilal GÜRSOY GSM: 0542 524 56 41
Araştırmanın Amacı:	Bu çalışmanın amacı, Gümüşhane ilinde yaşanabilecek bir afete karşı, Gümüşhane Devlet Hastanesi'nin afete hazırlık bakımından incelenmesidir. Afet hazırlığı kapsamında, Gümüşhane Devlet Hastanesi'nin kendi imkanlarını bilmesi, afet planının hazırlanmış olması, senaryo ve tatbikatlarla planın uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi, afet sonrasında etkin hizmet verebilmek için diğer kurumlara işbirliği yapmış olması, afet öncesi hazırlık kapsamında diğer kurumlara işbirliği yapmış olması, personel iç hizmet eğitiminin verilmiş olması beklenir. Araştırmanın konusu olan afete hazırlığı, afetlerde sağlık hizmetleri, hastanelerin afete hazırlığı ve bir afet sonrasında hastanelerin yetersiz kalması durumunda oluşabilecek olumsuzlukları önlemek ve bu olumsuzluklara karşı alınması gereken önlemler tezin konusu kapsamındadır. Diğer yandan hastanelerin afet hazırlığının personel tarafından önemsenmesi, duyarlı olması, bilgi düzeylerinin yeterliliğinden söz edilebilir. Hastane çalışanlarının yeterli düzeyde afete hazırlık konusunda bilgi sahibi olduktan sonra gerek bölgede gerekse ülkede verilmiş ve etkin bir afet hazırlık planının ortaya çıkabilmesi için personel katılımı bilimsel çalışmamızın kapsamı içerisindedir.

hg

-S J A K

<p>Araştırmanın Gerekçesi:</p>	<p>Hastaneler afet hazırlığı konusunda ne yazık ki ülkemizde yeterli miktarda çalışma yapılmamıştır. Bu nedenle, bu çalışmanın yapılması gerekliliği doğmuştur. Gümüşhane Devlet Hastanesi'nin merkez ilçede ki tek hastane olması, alınacak önlemlerin mahiyetini ve gerekliliğini oldukça artırmaktadır. Hastanenin alacağı önlemler ve yapacağı afet hazırlıkları, öncelikli olarak afet sırasında kendini korumak sonrasında da afetzedelere hizmet verilebilmesi için itina ile hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Bu çalışma, afet sonrasında sağlık hizmetlerinin eksiksiz sunulabilmesi için afet öncesinde yoğun bir hazırlık değerlendirilmesinin hedeflemektedir.</p>
<p>Araştırmanın Yöntemi:</p>	<p>Çalışma, afet hazırlığını ölçmek üzere Gümüşhane Devlet Hastanesi personellerine, İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniğiyle anketler uygulanacak ve SPSS paket programıyla analiz edilip yorumlanacaktır</p>
<p>Kullanılacak biyolojik, psikolojik ve teknik vb. tüm yöntemleri açıklayan etik ile ilgili özet:</p>	

Gümüşhane Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyelerinden Sayın Doç. Dr. Ahmet Burhan ÇAKICI'nın "Hastanelerin afet hazırlığı açısından değerlendirilmesi: Gümüşhane Devlet Hastanesi Örneği" adlı projesi değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.



Projenin etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.



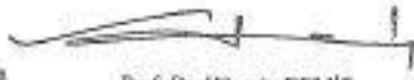
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.



MB

25.11.2012


Prof. Dr. Eshref İYİDOĞAN
Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Hüseyin DEMİR
Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Bülent NAZIR
Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Hasan CENGİZ
Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Saim ŞAHİNÖZ
Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Vorkan ŞİRAHİ
Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Günay ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı



Ek 3. Resmi Kurum İzin Üst Yazısı



T.C.
GÜMÜŞHANE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı



Sayı : 38032705-044
Konu : Anket Çalışması-Bilal GÜRİSOY İh.

GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi :Gümüşhane Üniversitesinin 13/11/2018 tarih ve 38032705 sayılı yazısı.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Afet Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Bilal GÜRİSOY"Hastane Çalışanlarının Afet Hazırlıklarının Hastane Afet Planları Çerçevesinde Değerlendirilmesi (Gümüşhane Devlet Hastanesi Örneği)" konulu anket çalışması incelemiş olup, uygulamasını sağlık tesisiniz bünyesinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Hakan ÇİMEN
Başkan V.

Ek: Yazı (1 Sayfa)

Karar Mah. Memleket Sok. No:9 Merkez GÜMÜŞHANE
Faks No:04562132486

e-Posta:Aynur.yalcin@saqlik.gov.tr İnt. Adresi: Karar Mah. Memleket Sok. No:9
Merkez GÜMÜŞHANE

İvrenden elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c22b5867-64ef-4bb2-b0eb-e0ba4ad11175 koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için Aynur YALÇIN
Uzman FBE

Telefon No:04562132487