SAĞLIKTA AFET YÖNETİMİNDE AİLE HEKİMLİĞİ

Doç. Dr. Tarık Eren YILMAZ

TAHUD
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

Ankara 2021

2021 AFET EĞİTİM YILI

SAĞLIKTA AFET YÖNETİMİNDE AİLE HEKİMLİĞİ

ISBN: 978-625-00-9517-1

Yazar : Doç. Dr. TARIK EREN YILMAZ

Düzenleyenler: Şeyma Handan Doğan, Pandora Ajans
Mizanpaj: Ceren Kırlak
Kapak Tasarım: Ceren Kırlak
İnfografik: Ceren Kırlak
Redaktör: Elif Kurt, Behiye Gurur Öcal
İthaf sayfası fotoğraf: Dt.Mustafa Sıtkı Fakazlı

Genel ağ: https://www.tahud.org.tr/
E-posta: tarikeren.yilmaz@sbu.edu.tr

Yayım tarihi: 31.12.2021

SAĞLIKTA
AFET YÖNETİMİNDE
AİLE HEKİMLİĞİ

Doç. Dr. TARIK EREN YILMAZ

Bu kitap, başta COVID-19 pandemisinde ve bugüne dek tüm afetlerde sağlık hizmeti sunumunda şehit olan değerli meslektaşlarımıza ithaf olunur.

Kendilerini saygı, minnet ve rahmet ile anıyoruz...

Milli mücadelemizin limanı, Anadolu'muzun göz aydınlığı, İstiklal Yolu'nun ilk durağı, Şerife Bacıların destanlaştığı, istiklal madalyalı tek ilçemiz olan İnebolu'da bir Aile Sağlığı Merkezi bahçesinde 1923 yılında, abidesi halk tarafından dikilen ilk tıp şehidimiz Dr. İsmail Hakkı Bey'in anıt mezarıdır.

Mekteb-i Tıbbiyey-i Şahane'den mezun olup İnebolu Hastanesi'nde kolera salgını ile mücadele ederken şehit olan kahraman başhekimimizi saygı ve rahmetle anıyoruz...

T.A.H.U.D.
TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ
UZMANLIK DERNEĞİ
1990

Değerli Okuyucular,

Dünyayı ve ülkemizi son iki yıldır etkisi altına alan COVID-19 pandemisi başta olmak üzere yakın geçmişte ülkemizde meydana gelen depremler, sel baskınları, orman yangınları gibi afetler, tüm sağlık çalışanları ile birlikte en ön safta afetleri karşılayan aile hekimliği uzmanlarının afet yönetimindeki rollerini gözler önüne sermiştir.

Birinci basamakta afet yönetimini detaylı bir şekilde ele alan ve afet öncesi, sırası ve sonrası döneme bütüncül bir yaklaşım sunan bu kıymetli eser, ülkemiz aile hekimliği disiplini için büyük bir kazanç niteliğindedir. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından 2021 yılı Afet Eğitim Yılı olarak ilan edilmiştir. Böyle bir özel zamanda Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak "Sağlıkta Afet Yönetiminde Aile Hekimliği" kitabının yayımlanmasına ve geniş kitlelerle buluşmasına öncülük etmekten mutluluk duymaktayız. Bu kitap, alanında ulusal literatürümüzde ilk kitap olup afet yönetimi hakkında, siz değerli meslektaşlarımıza, ülke sathında afet bilinci oluşturulması için yürütülen eğitim seferberliğine katkıda bulunacaktır.

Böylesi önemli bir konuda disiplinimize yapmış olduğu katkılarından dolayı Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz'a, TAHUD adına teşekkür eder, bu kitabın önemli bir ihtiyacı karşılayacağına olan inancımı tekrar etmek isterim.

Sevgi ve saygılarımla

TAHUD Merkez Yönetim Kurulu adına
Prof. Dr. Esra Saatçı
TAHUD Yönetim Kurulu Başkanı

ÖNSÖZ

Aile hekimleri birçok alanda olduğu gibi afet yönetiminde de toplumları açısından rol model olup, önemli bir yere sahiptir. Lakin afet yönetiminde birinci basamak hekimleri olarak afetlerle nasıl baş edilebileceği konusu hakkında sınırlı sayıda literatür ve rehber mevcuttur.

Türkiye'de aile hekimliği özelinde gerek Türkçeye çevrilen rehberler, kitaplar olsun gerekse bizzat Türkçe yayınlar olsun afet tıbbı ve afet yönetimi hakkında yapılan literatür incelemesi sonucunda birkaç kitap bölümü hariç başka bir yayına ulaşılamamıştır.

Afet yönetiminde eskiden müdahale tabanlı bir yaklaşım varken belki de en çok ihtiyaç duyulan hekim grubu acil tıp uzmanları ve acil hekimleri olmuştur. Ancak yeni modern afet yönetim sürecinin merkezine zarar görebilirlikleri azaltmak temelinde risk yönetiminin gelmiş olması yeni bir hekim grubuna ihtiyacı ortaya koymuştur. Risk altındaki grubu iyi tanıyan, koruyucu hekimliği temel alan, risk yönetiminin yerel düzeydeki adaptasyonunu sağlayan ve Türkiye'de önemli bir sağlık gücüne sahip olan "Aile Hekimlerinin" sağlıkta afet yönetimi disiplini içerisinde aktif rol alması gerektiği öngörülmektedir.

2015 tarihli "Sağlıkta Afet Yönetiminde Aile Hekiminin Rolü ve Ankara'daki Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Yönetimi Farkındalığı"na yönelik kendi alanında ilk olarak yaptığımız tez çalışmamızda Ankara İlindeki Aile Hekimliği Kliniklerinde çalışmakta olan asistan hekimlerin afet öncesi, sırası ve sonrasındaki rollerini ve görevlerini bilme durumlarını saptamıştık. Buna göre Ankara'daki Aile Hekimliği Asistanlarının afet tıbbı ve yönetimi ile ilgili eğitimlerinin, bilgi düzeylerinin, deneyim

ve tecrübelerinin zayıf olduğu görülmüştü. Diğer taraftan Aile Hekimliği Asistanlarının bu konu hakkında eğitim alma, gönüllü olarak çalışma, müfredatlarında ciddi bir şekilde irdeleme ve afet tıbbında uzmanlaşma istekliliği yüz güldürücü birer sonuç olarak ortaya çıkmıştı.

Her ne kadar Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulunun (TAHYK) 2013 yılında hazırlamış olduğu "Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı"nda "Kriz ve Afet Yönetimi", Aile Hekimliği Uzmanının görevlerinden olan "Yönetici Aile Hekimi"nin bir özelliği olarak tanımlanmış olsa da; Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatında (TUKMOS) henüz bu konu ile ilgili bir bölüm bulunmamaktadır. Nitekim yaptığımız çalışmada asistan hekimlerin yalnızca %9.2'sinin, uzmanlık eğitimi aldıkları kurumlarda afet tıbbı ve yönetimine ilişkin ders aldığını belirtmiş olması bunun en önemli kanıtlarından biridir. Bu tür eğitimlerin standartlaştırılıp yaygınlaştırılmasının gereği, günümüzdeki bir afet türü olan COVID-19 pandemisi ile daha çok anlaşılmıştır.

Bu kitap, bahsi geçen tez çalışmamız esas alınarak ve konu hakkındaki ilgili ulusal mevzuat ve rehberler derlenerek hazırlanmıştır. Kapsamlı araştırmalar sonucu oluşturduğumuz bu kitap ile literatürdeki ve müfredatımızdaki boşluğun bir nebze de olsa giderilmesi ve konu hakkında farkındalık oluşturulması hedeflenmiştir. Böylelikle afet yönetiminde aile hekimlerinin önemi ortaya koyularak, günümüzde önemli bir afet türü olan pandemiler ile mücadele etmekte olan Aile hekimlerinin bütüncül bir bakış ile afetlere yaklaşımında nasıl bir yol izlemesi gerektiğine dair ipuçları vermesi, bu kitap çalışması ile planlanmaktadır.

AFAD tarafından 2021 yılının "Afet Eğitim Yılı" ilan edilmesi sonrası Aile Hekimliği camiası adına bu eğitim materyalinin bu yıl içinde kazandırılması noktasında gayret gösteren Türkiye Aile Hekimliği Uzmanları Derneğimize (TAHUD) ve Pandora Ajansa teşekkür ederim.

Afetlere hazır Aile Hekimleri olma yolunda değerli katkılarını sunan Tez Danışmanım Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı ve Hacettepe Üniversitesi Afet Tıbbı Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurucusu ve Başkanı olan Prof. Dr. K. Hakan Altıntaş'a ve Aile Hekimliği uzmanlık eğitimimin ilk gününden bugüne kadar bu konuda yetişmemde rehber ve öncü olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdare Sorumlusu Prof. Dr. Adem Özkara'ya ve bu kitabın yayınlanmasında değerli katkıları olan Aile Hekimliği Asistanlarımızdan ve aynı zamanda İnsani Yardım ve Afet Yönetimi üzerine beraber çalıştığımız Dr. Şeyma Handan Doğan ve Dr. Elif Kurt'a ve disiplinimize çok önemli destekleri olan tüm TAHUD yetkililerine emekleri unutulmaz Canım Aileme teşekkürlerimi sunar, Mevla'dan bu kitabın önemli bir ihtiyacı gidererek aile hekimlerine yol gösterici olmasını ve gelecekte Aile Hekimliği özelinde Afet Tıbbı ve Yönetimi'ne dair yeni araştırmalara kapı aralamasını niyaz ederim.

Doç.Dr. Tarık Eren Yılmaz

Aile Hekimliği Uzmanı
Afet Yönetimi Bilim Uzmanı
Aile Danışmanı

KISALTMALAR

-AÇSAP : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
-AFAD : Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
-AHA : Aile Hekimliği Asistanı
-AHB : Aile Hekimliği Birimi
-AHU : Aile Hekimliği Uzmanı
-AHUÇEP : Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı
-AHUZEM : Aile Hekimleri Uzaktan Eğitim Merkezi
-ASM : Aile Sağlığı Merkezi
-ASOP : Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi
-AYS : Afet Yönetim Süreci
-HAMER : Hacettepe Üniversitesi Afet Tıbbı Araştırma ve Uygulama Merkezi
-HAP : Hastane Afet Planı
-HSM : Halk Sağlığı Müdürlüğü(Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı)
-İNG. : İngilizce
-İSG : İş Sağlığı ve Güvenliği
-İSM : İl/İlçe Sağlık Müdürlüğü
-KBRN-E : Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer ve Endüstriyel
-KETEM : Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
-R.G. : Resmi Gazete
-TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
-SAKOM : Sağlık Afet Yönetimi ve Kriz Operasyon Merkezi
-TAHYK : Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu
-TAHUD : Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
-TSM : Toplum Sağlığı Merkezi
-TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi
-UMKE : Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
-ÜTF : Üniversite Tıp Fakültesi
-VSD : Verem Savaş Dispanseri
-YLP : Yüksek Lisans Programı
-WHO : Dünya Sağlık Örgütü
-WMO : Dünya Meteoroloji Örgütü
-WONCA : Dünya Aile Hekimleri Birliği

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ 17
1. AFET İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR..... 27
1.1. Afet ile ilgili Tanımlar..... 27
1.2. Afet Sınıflaması 30
1.2.1. Doğal Afetler 31
1.2.2. Kazalar 31
1.2.3. Şiddet Kasıtlı Hareketler..... 31
2. AFET YÖNETİMİ SÜRECİ..... 33
2.1. Afette Risk Yönetimi 34
2.2. Afette Kriz Yönetimi..... 35
3. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE AFET..... 39
4. AFET TIBBI 43
4.1. Afet Tıbbı'nın Tanımı 43
4.2. Afet Tıbbı'nın Kısa Tarihçesi..... 44
4.3. Afet Tıbbı'nın Amacı 45
4.4. Afet Tıbbı Disiplini İhtiyacı..... 45
4.5. Afet Tıbbı Disiplinin Özellikleri..... 46
4.6. Afet Tıbbı ve Halk Sağlığı 46
4.7. Afet Tıbbı ve Triyaj..... 47
4.7.1. Basit Triyaj..... 47
4.7.2. İleri Triyaj 48
4.8. Afet Tıbbı'nda Acil Durum Yönetimi 49
5. AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ 50
5.1. Afetlerde Birincil Korunma..... 51
5.2. Afetlerde İkincil Korunma 52
5.3. Afetlerde Üçüncül Korunma..... 53
6. TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA AFET YÖNETİMİ ORGANİZASYONU 55
6.1. Merkezi Yapılanma..... 57
6 .1.1. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) ve Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) 57
6.1.2. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Görevleri 60

6.1.3. Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığının Görevleri 62
6.1.4. Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) 63
6.1.5. Sağlık Afet Yönetimi ve Kriz Operasyon Merkezi (SAKOM) 64
6.2. Yerel Düzeyde Yapılanma 65
6.2.1. İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü 65
6.2.2. İl Sağlık Müdürlüğü ve İl Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı 68
6.2.3. Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi 69
6.2.4. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) 70
6.2.5. Aile Sağlığı Merkezi (ASM) 72
7. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ 77
7.1. Aile Hekimliğinin Kısa Tarihçesi 78
7.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri 79
7.3. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı (AHUÇEP) 81
7.4. Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) Afet Tıbbı Özel İlgi Grubu 84
8. AİLE HEKİMLİĞİNDE AFET YÖNETİMİ 86
8.1. Afet Öncesi Dönemde 86
8.2. Afetin Olduğu Dönemde 91
8.3. Afet Sonrası Dönemde 93
9. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE VERİ SETİ REHBERİ 99
9.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İşleyişi 100
9.2. Afet Öncesi Dönemde 107
9.3. Afetin Olduğu Dönemde 108
9.4. Afet Sonrası Dönemde 109
10. AİLE HEKİMLİĞİ VE PANDEMİ YÖNETİMİ .. 111
11. AFET ETİĞİ ve BİRİNCİ BASAMAK UYGULAMASI 120
SONUÇ VE ÖNERİLER 129
KAYNAKÇA 134
ÖZGEÇMİŞ 143

GİRİŞ

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

Dünya'da ve Türkiye'de acil durumlar ve afetler oldukça sık yaşanmaktadır. Örneğin; bir afet türü olan deprem nedeniyle "vefat edenlere" bakıldığında AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) verilerine göre Türkiye Dünya'da üçüncü sıradadır.

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

Bir olayın afet olarak adlandırılabilmesi için insan sağlığının olumsuz etkilenmesi gerekmektedir. Yani yaralanma, sakatlanma ve ölüm ile neticelenen fiziksel, ruhsal ya da sosyal olarak olumsuz yönde etkilenmiş sağlık problemlerinin olması şarttır. Ayrıca eldeki kaynakların (tıbbi malzeme, personel vb) bu olay karşısında yetersiz kalması gerekmektedir. Bu gerekçelerden de anlaşılacağı üzere afetin merkezinde hem ihmalleri sonucu afete sebep olma ile hem de incinebilir bir

yapıya sahip olarak olumsuz etkiye maruz kalma şartı ile "insan" vardır. Genel maksat itibari ile bakılacak olursa da afet yönetiminin merkezinde de sağlık hizmetleri vardır. Yani afet yönetiminin başarısı; sağlıkta afet yönetiminin başarısına bağlıdır.

Sağlıkta afet yönetimi deyince de akla ilk olarak acil sağlık hizmetleri gelmektedir. Lakin bir "Afet Yönetim Süreci"(AYS) sadece afetin olduğu zaman dilimini değil, afet öncesi ve sonrası dönemlerini de içine alan tüm faaliyetlerin yapıldığı zaman dilimlerini ifade eder. Bu zaman dilimlerinde afete sebep olan olay, çoğu zaman anlık denebilecek birkaç dakikalık süre içerisinde olmaktadır. Sonrasındaki ilk 72 saat ise hayat kurtarmak adına altın saatler hükmündedir. Ancak burada unutulan, AYS'nin belki de %99'luk oranıyla süre olarak da en büyük pay sahipleri olan afet öncesi ve sonrası dönemleridir.

Afet öncesindeki önleme, zarar azaltma, hazırlık, eğitim, planlama aşamalarını içine alan risk yönetimiyle ve afet sonrasındaki rehabilitasyon, yeniden inşa ve kalkınma dönemlerini içine alan iyileştirme yönetimiyle beraber başarılı bir "Sürdürülebilir Afet Yönetimi" sağlanabilir. Yoksa sadece ilk 72 saatteki müdahaleye odaklanan bir kriz yönetimi anlayışının başarılı olacağını düşünmek hatadır. Ayrıca afete müdahale dönemindeki sağlık hizmetlerini sadece 112 acil ambulans ve hastane acil servislerinden ibaret olarak sınırlandırmak doğru bir yaklaşım değildir. Çünkü kitlesel yaralanmalara sebebiyet verecek bir afette, hâlihazırdaki acil sağlık hizmetleri ne kadar yetkin olsa da, yetersiz kalabilir. Örneğin 1000 tane ambulans ve beraberinde sağlık ekibi de olsa eğer yollar afet nedeniyle kapalı ise bu yüksek kapasite afete yanıt verenlere ve afetzedeye bir şey kazandır(a)maz. Ya da on binlerce insanın kışın evsiz kaldığı, binlerce insanın yaralandığı, sakat kaldığı ve yüzlerce insanın öldüğü bir afette eldeki kapasite ne kadar güçlü de olsa çaresiz kalmak elde değildir. İşte böylesi afetlerde yereldeki halka rahatlıkla ulaşabilen hatta onlarla yaşayıp yerel şartlara karşı beraber direnç geliştirmiş olan sağlık profesyonellerine

her daim ihtiyaç duyulacağı şüphesizdir. Dolayısıyla elde bulunan tüm yerel düzeydeki sağlık çalışanlarının en azından dışarıdan yardım gelene kadar seferber olması gerekmektedir. Türkiye'de bu yerel düzeydeki en büyük profesyonel sağlık gücü ise toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarıdır. Bunlar arasında da sayıca en fazla olan, kendine bağlı nüfusu iyi tanıyan aile hekimleridir.

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

AYS'de olası duruma hazırlıklı olması özellikle beklenen ve gereken en önemli birimler arasında sağlık kurumları yer almaktadır. Hazırlan(a)mayan ya da afetlerden dersler çıkarıp kalkın(a)mayan toplumlar, afete müdahale ve afetlerle mücadele konusunda başarısız olmaya mahkûmdurlar.

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

İşte tam bu noktada Aile Hekimleri aşağıda belirtilen kendi disiplin özellikleri ve çekirdek yeterlilikleri ile bu görevi yapabilir:

-**"Boylamsal (Longitudinal) Bakım**" ile bireylere doğumundan ölümüne kadar sağlık bakımı sunmak,

-**"Bütüncül Yaklaşım"** ile kişilerin tüm biyo-psiko-sosyal

bakımından sorumlu olmak,

-**"Toplum Yönelimli"** eylemleriyle toplum sağlığı için özel tedbirler almak ve uygulamak,**"Kapsamlı Yaklaşım"**ı esas alarak bireylerin "Akut veya Kronik Sorunları"nı aynı anda herhangi bir olay ve zamanda yönetmek,

-**"Sağlık ve İyilik Durumunu Geliştirme"**ye yönelik olarak sorumlu olduğu nüfusun olaylara karşı direncini artırmaya çalışmak,

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

-Hastalarının sağlık ile alakalı **"savunuculuğunu"** üstüne alarak incinebilirliğini azaltmaya çalışmak,

-Hastaları için sağlık hizmetlerinin yönetimi adına **"Koordinasyonu"**nu **"Kişi Merkezli Bakım"** yöntemiyle birey bazında sağlamak,

-Birincil koruma adına riskli bireyleri saptayıp bunlara danışmanlık hizmeti vermek,

-İkincil korumayla hastalarının sahip olduğu riskleri nedeniyle olası bedensel ve ruhi hastalıklarını uygun taramalarla erken saptamak,

-Üçüncül koruma ile hastalarının hastalıklarından dolayı olası komplikasyonlarını önlemeye, rehabilitasyonunda bulunmaya ve yaşam kalitelerini artırmaya ve sürdürmeye çalışmak,

-Dördüncül koruma ile hastalarını aşırı medikalizasyondan korumak ve risk yönetimi anlayışı ile hastalarının savunmanlığını yapmak,

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

-Bu bireyleri sürekli olarak belirli aralıklarla taramak,

-Kanıta dayalı birinci basamak rehberlerini kullanarak optimum tedaviyi uygulamak,

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

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

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

Bu özelliklere sahip aile hekimleri aynı zamanda meslek ve afet etiği gereği de AYS'de görev almalıdır.

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

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

Amerikan Aile Hekimliği Akademisinin (AAFP) belli aralıklarla yayınlamış olduğu asistan eğitim müfredatında ise "Afet

Tıbbı" kapsamlı bir bölüm oluşturmakta ve standart bir eğitim modülü ortaya koyulmuştur. [5]

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

Bu amaçlardan ilki "Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek" olarak beyan edilmiştir. Hedefleri arasında ise;
"Halkın sağlığını etkileyen acil durumların ve afetlerin sağlık üzerindeki etkisini azaltmak" (Hedef 1.5) vardır.

Hedefe Yönelik Strateji de;
1.5.1. Afete karşı hazırlığı güçlendirmek
1.5.2. Afet koordinasyonunu güçlendirmek
1.5.3. Acil durumlar ve afetler sırasında ve sonrasında hizmet sunumunu iyileştirmek
şeklinde belirlenmiş ve konunun önemi vurgulanmıştır[6].

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

Ayrıca Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) Kurulmasına dair yönergede,

"Bölgesinde afet organizasyonunda; afete hazırlık, afete müdahale ve afet sonrası iyileştirme aşamasında müdürlüğün sevk ve idaresinde ihtiyaçların belirlenmesini, afette sağlıkla ilgili tüm çalışmaların yapılmasını, halka yönelik afet sağlık eğitimleri düzenlenmesini" de kapsayan bir dizi görev tanımı belirlenmiştir[8].

Bu yönergede belirtilen diğer hususlar doğrultusunda sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması adına; Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberinde bu yönergeye ilişkin değerlendirmeler yapılmış ve "Sağlık Müdürlüğü ile birlikte yaptığı planlamada bölgesindeki hastaneler, acil sağlık hizmetleri istasyonları ve aile hekimleri ile birlikte hareket eder. Bu planlar doğrultusunda eğitim çalışmaları yürütür" şeklinde TSM'nin bu konudaki önemli bir paydaşının aile hekimleri olduğu ifade edilmiştir[1].

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

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

olabilir (çevre sağlığının ve ruh sağlığının bozulması veya salgınlar gibi). Üstelik bu sorunlar normal zamana göre hem daha tehditkâr hem daha yayılmaya eğilimli hem de daha ciddi ağır vakalardan oluşabilmektedir. Bu sebeple afetlerde yürütülecek sağlık hizmetlerinin, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığının dolayısıyla TSM'lerin ve onların kontrolü ve koordinatörlüğündeki aile hekimlerinin önemli bir ilgi ve uğraş alanı olduğu görülmektedir[1].

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

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

Dolayısıyla bütüncül yaklaşımı kendisine şiar edinmiş olan aile hekimlerine afetlerde büyük görevler düşmektedir.

Topluma rol model olabilen ve afet konusunda en çok bilinçli hareket etmesi beklenen ve ileride ailelerin her türlü konuda destekçi olmasını beklediği aile hekimlerinin Sağlıkta Afet Yönetimi konusundaki kendi öz değerlendirmelerini yapmaları ve farkındalık seviyelerini arttırmaları şarttır.

Özetle bu kitap çalışması ile amaçlanan;

-İleride Aile Hekimliği Uzmanı olarak gerek İl Sağlık Müdürlüklerinde (İSM), gerek TSM'lerde gerekse de ASM'lerde görev yapacak olan ve şu anda bu konu hakkında eğitimler alıp pratik kazanması beklenen asistan hekimlerimizin ve sahadaki aile hekimlerimizin afet öncesi, sırası ve sonrasındaki rollerine ve görevlerine dair afet tıbbı ve sağlıkta afet yönetimi hakkındaki algı ve farkındalık seviyelerini artırmak,

-Afet öncesi, sırası ve sonrasında yürütülmesi gereken faaliyetlerin genel ismi olan afet yönetim sürecinde aile hekimlerinin kendi rollerini keşfetme olanağı sağlamak,

-Aile Hekimlerinin uzmanlık eğitiminde ve/veya sürekli mesleki eğitimleri çerçevesinde sağlıkta afet yönetimi ve afet tıbbı konularının daha yoğun kapsanmasına katkı sunmak ve eğitime teşvik etmek,

-Riskler ve afetlerle baş edebilme kapasitesi yüksek, dirençli ve az zarar görebilir bir toplum için bütüncül yaklaşımıyla toplumlarına birer rol model ve önder olabilen aile hekimlerinin afet yönetimindeki farkındalık ve bilgi durumlarını artırarak sağlıkta afet yönetimi ve afet tıbbı uygulamalarının daha kaliteli ve verimli sunulmasına katkı sağlamak,

-Böylelikle afetlerde iyi ve yetkin bir sağlık hizmeti sunumu ile genel olarak ulusal afet yönetim sürecinde önemli bir basamak olabilmek,

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

-Afetlere dayanıklı aile sağlığı merkezlerinin oluşumuna ve yaygınlaşmasına katkı sunmak,

-Gelecekte bu konu ile ilgili çalışacak araştırmacılara kapsamlı bir kaynak oluşturmaktır.

1

AFET İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.1. Afet ile ilgili Tanımlar

Afet yönetimindeki olası bir müdahalede ya da hazırlık çalışmalarında anlam kaymalarına mahal vermemek önemlidir. Afet ile ilgili tanım ve kavramları anlatmak maksadıyla afet yönetiminde ortak bir dil kullanmak için Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) koordinasyonuyla hazırlanan ve basılan "Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü" kullanılmıştır. Biz de bu kitapta ilgili terminolojinin tam olarak neleri ifade ettiğini göstermek ve ortak dile katkı sunmak amacıyla bu kaynaktan istifade ettik.

Bu konu ile ilgili aile hekimliği perspektifinden genel afet yönetimi kavramında sık karşılaşabileceğimiz tanımlar aşağıda verilmektedir:

Tehlike: (ing. hazard) *"Belirli bir zaman veya coğrafyada ortaya çıkarak yaşamı tehdit eden, toplumun sosyoekonomik düzen ve etkinliklerine, doğal çevreye, doğal, tarihi ve kültürel kaynaklara zarar verme potansiyeli olan doğa, teknoloji ya da insandan kaynaklanan fiziki olay ve olgu.*
Diğer bir deyişle tehlike; doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olan ve fiziksel, ekonomik, sosyal kayıplara yol açabilecek tüm olayları ifade eder"[10].

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

Diğer bir deyişle; "risk = potansiyel kayıplar" veya "risk = tehlike x hasar görebilirlik" tir. Sigortacılık ve mühendislikte

kayıp olasılığı olarak adlandırılır"[10].

Mevzuatta ise *"belirli bir alandaki tehlike olasılığına göre kaybedilecek değerlerin ölçüsü"* olarak ifade edilir[11].

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

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

Yönetmelikte ise *"devletin ve milletin bölünmez bütünlüğü ile millî hedef ve menfaatlere yönelik hasmane tutum ve davranışların, Anayasa ile kurulan hür ve demokratik düzeni veya hak ve hürriyetleri ortadan kaldırmaya yönelik şiddet hareketlerinin, tabii afetlerin, tehlikeli salgın hastalıkların, büyük yangınların, radyasyon ve hava kirliliği gibi önemli nitelikteki kimyasal ve teknolojik olayların, ağır ekonomik bunalımların, iltica ve büyük nüfus hareketlerinin ayrı ve birlikte ortaya çıktığı hâller"* olarak ifade edilmektedir[12].

Acil Durum: (ing. emergency)*"Büyük fakat genellikle yerel imkânlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren tüm durum ve hâller.*

5902 sayılı kanunda, "Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hâli" olarak tanımlanmıştır"[10, 11].

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

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

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

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

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

Afet Yanıtı: (ing. Disaster response) *"Afet sonrası ortaya çıkan gereksinimlerin değerlendirilmesi, insan acısının azaltılması, afet etkilerinin yayılmasının sınırlandırılmasından oluşur"*[13].

Rehabilitasyon: (ing. Rehabilitation) *"Afet tesirinden sonra, temel sosyal fonksiyonların yeniden işler hale getirilmesine denir"*[13].

Yeniden İnşa/Yeniden Yapılanma: (ing. Reconstruction) *"Afet tesirinden sonra, sosyo-ekonomik faaliyetlerin ve koruyucu önlemlerin tam anlamıyla yeniden başladığı dönemdir. Bir anlamda, şu an içinde yaşanan normal durumu ifade eder"*[13].

Triyaj: *"Tıbbi anlamda triyaj yaralıları geliş sırasına göre değil aciliyetlerine göre ayırır. Burada yapılan değerlendirmede kaynaklar ve olanaklar dikkate alınır. Neticede ayrılmak istenilen gruplar "Ne yaparsanız yapın ölecek", "Bir şey yapılmasa da yaşayacak" ve "Tedavi ile yaşama şansı olan" hasta/yaralı gruplarıdır"* [13].

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

İncinebilirlik: (ing. Vulnerability) "*Dış etkenler nedeniyle zarar görmeye meyilli olma durumuna incinebilirlik denir. İncinebilirlik dinamik bir süreçtir: Artar ya da azalır. İstenen bireylerin ve toplumların incinebilirliğini azaltmaktır.*

Bireyin ve toplumun incinebilirliğini artıran bazı faktörler aşağıda verilmiştir.

-Yaş (çocuklar, yaşlılar)

-Cinsiyet (kadın olmak)

-Öğrenim-eğitim durumu (öğretim düzeyinin düşük olması)

-Hasta ve sakat olmak

-Ekonomi (yoksulluk, işsizlik, vb)

-Kaynaklar (insan gücü, para, araç-gereç, malzeme yetersizliği veya olmaması)

-Hizmetler, yerel kuruluşlar (olmaması veya yetersizliği)

-Basın özgürlüğü

-Baskıcı ideolojiler

-Nüfus artışı

-Sağlıksız şehirleşme

-Tehlikeli yerleşimler (Aktif fay hatlarına, sel yataklarına vb yerleşmek)

-Tehlikeli konutlar (Gecekondu vb)

-Çevrenin tahribi (Ağaçları kesmek, suların drenajını önleyen beton yapılar yapmak)" [13].

1.2. Afet Sınıflaması

Farklı kaynaklarda birden fazla afet sınıflaması vardır. Bunlara bir örnek "Afetlerin Tehlike (ing. Peril) Sınıflaması" dır[13, 14]. Ancak kitabımızın konusunun merkezinde Aile Hekimliği

olması sebebiyle Amerikan Aile Hekimliği Derneği tarafından Afet Tıbbı rehberinde tanımlanan sınıflamanın bu kitapta verilmesinin daha uygun olacağı düşünülmüştür[5].

Bu sınıflama aşağıdaki gibidir:

1.2.1. Doğal Afetler

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

1.2.2. Kazalar

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

1.2.3. Şiddet Kasıtlı Hareketler

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

4) Biyolojik Saldırılar

a) Bakteri Salgınları (örn. şarbon, kolera, veba, tularemi, ateşli humma)

b) Virütik Salgınlar (örn. çiçek, Venezüella ensefaliti, SARS, pandemik gripler)

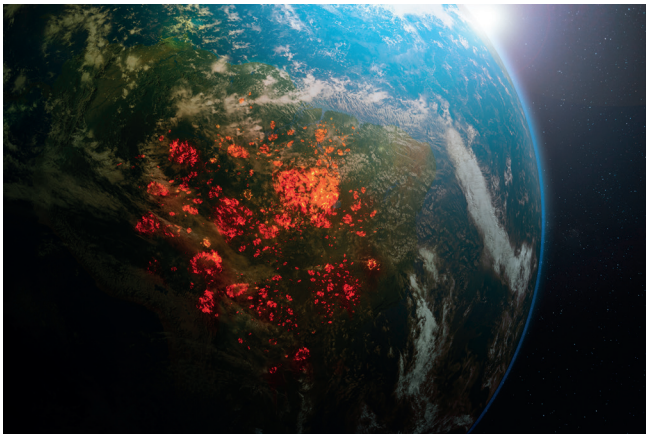
c) Toksinle ilişkili Salgınlar (örn. botilinum toksini, stafilokokal enterotoksin B)

5) Kimyasal Ajanların Kullanıldığı Silahlar

a) Sinir Gazları (örn. organo fosfat zehirlenmeleri)

b) Diğer Ajanlar (örn. hardal gazı)

Bu ikinci bölümde bahsedilen tanımlama ve sınıflamalardan sonra bir sonraki bölümde afet öncesi, sırası ve afet sonrasına dair risk ve kriz yönetimini kapsayan Afet Yönetim Süresi (AYS) ele alınacaktır.



2

AFET YÖNETİMİ SÜRECİ

İlgili sözlük, afet yönetim süreci (Şekil 1) tanımını şu şekilde vermektedir:

"Bir afet olayını izleyen ve bir sonraki afete kadar birbirini takip eden afete müdahale, iyileştirme, yeniden inşa, zarar azaltma ve afete hazırlık aşamaların tümü. Afet yönetiminin evreleri olarak da anılırlar. Her evrede yapılan çalışmaların başarısı büyük ölçüde, bir sonraki evredeki çalışmaların başarısını etkilediği için bu döngü iç içe geçmiş zincir halkaları veya daire ile gösterilmektedir"[10]. (ing. disaster management process)

Şekil 1: Afet Yönetimi Süreci (AYS)[15]

Kısaca iki ana başlık altında bu süreç yürütülmektedir. Bunlar ve alt parametreleri şu şekildedir:

2.1. Afette Risk Yönetimi

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

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

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

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

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

ve sosyal kayıpların tümü" şeklinde ifade edilmektedir [10].

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

2.2. Afette Kriz Yönetimi

"Kriz hâli şartları süresince uygulanan, durumu normale döndürmeyi amaçlayan geçici bir yönetim biçimidir.
Afet yönetiminden farkı, sürekliliğinin olmaması, belirli bir zamanla sınırlı bulunması, krizi gerektiren olay ve nedenler kalktığında sona ermesidir"[10]. (ing. disaster crisis management)

Müdahale: (ing. response, intervention) *"Afet ve acil durumlarda can ve mal kurtarma, sağlık, iaşe, ibate, güvenlik,*

mal ve çevre koruma, sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin verilmesine yönelik çalışma.
Afetin meydana gelmesi ile başlayan ilk evredir. Arama-kurtarma, ilk yardım, tıbbi sağlık, gıda, barınma, giyim, su ve arıtma temini hizmetleri gibi halkın acil ihtiyaçlarının sağlanması; hasar tespiti, yardım kaynaklarının koordinasyonu gibi konular bu aşamada gerçekleştirilir.
Bu, ilk müdahaleyle başlayıp, duruma göre kısa veya daha uzun süreyle devam edebilen bir süreçtir. Acil müdahale veya afete müdahale olarak da tanımlanmaktadır"[10].

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

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

Burada özellikle tek başına dayanıklı binaların inşası değil afetlere dirençli bir toplumun yeniden inşasının da düşünülmesi gerekmektedir.

Sürdürülebilir Kalkınma: (ing. sustainable development) *"Gelecek kuşakların kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme imkânlarını ortadan kaldırmadan, bugünkü kuşakların ihtiyaçlarını karşılayarak kalkınabilmesi ve ekonomik, sosyal, çevresel hedefler arasında denge kurulması esasına dayanan bir kalkınma ve gelişme yaklaşımı.*

Afetler açısından ise; günümüzde ve gelecekte toplumsal eşitsizliğe, çevre ve afet sorunlarına yol açmadan ekonomik gelişmenin sağlanabilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi süreci olarak ifade edilebilir"[10].

Görüldüğü üzere afet yönetim süreci sadece afetlerin olduğu anda değil hayatımızın tüm safhalarında karşımıza çıkmaktadır. Önemli olan afetlerin sıklıkla yaşandığı dünyamızda ve bölgemizde olay sonrası çıkarılacak derslerle kalkınmayı artırarak daha dirençli hale gelebilmektir. Bunun için afet yönetiminin sürdürülebilir ve bütünleşik bir yaklaşımla olması gerekmektedir. Günümüz modern afet yönetim modeli bu iki yaklaşımı esas ve hedef olarak almaktadır. Bunlar;

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

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

3

DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE AFET

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

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

Dünya'da etkisini göstermiş olan 31 doğal afet türünden en önemlilerinden olan kuraklık, tropikal siklon, sel ve taşkınların ortak özelliği önceden tahmin edilebilmesidir. Bu tür erken

uyarılar ile binlerce kişinin hayatı önlemler alınarak korunabilir ve maddi kayıplar bir nebze olsun azaltılabilir. Örneğin 1970 senesindeki Bangladeş tropikal siklonunda 300.000 kişi hayatını kaybetmişken gelişmiş erken uyarı sistemleriyle benzer tropikal siklonlarda 1992'de 13.000, 1994'te ise yalnızca 20 kişi hayatını kaybetmiştir[17].

Japonya'da 2011 senesinde 8,9 büyüklüğündeki deprem sonrası meydana gelen tsunamide ise binlerce kişinin öldüğü ve kaybolduğu bildirilmiştir. Tsunaminin yani ilk tehlike olan depremin ardındaki ikincil tehlikenin bazen daha çok can ve mal kaybına sebep olabileceği göz ardı edilmemelidir. Ayrıca yine bu depremde hasar gören Fukuşima Nükleer Santrali ile diğer bir ikincil afet olan teknoloji kaynaklı afet bölgeyi tehdit eder hale gelmiştir. Görüldüğü üzere; anlık olaylardan sonra bu olaydaki nükleer sızıntı örneğinde olduğu gibi seneler boyunca sürebilecek hatta nesilden nesile aktarılabilecek insan ve çevre problemleri ortaya çıkabilmektedir[17].

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

Türkiye'de görülen can kaybı açısından en büyük depremlerden ilki 1939 senesinde meydana gelen 7,9 büyüklüğündeki Erzincan depremidir. Nitekim bu depremde 32.962 kişi vefat etmiş ve 116.720 yapı ağır hasar görmüştür. En büyük ikinci deprem 1999'daki 7,4 büyüklüğünde olan Marmara depremidir[17, 19]. Kuzeybatı Anadolu'nun tümünde hissedilen ve yer yer ciddi can ve mal kayıplarına sebep olan bu büyük deprem, Dünya'daki en çok hasar meydana getiren ilk 10 deprem arasında yerini almıştır[17, 20]. Türkiye'nin doğal afet profiline bakıldığı zaman 1900-2015 yılları arasında uluslararası kayıtlara düşen 77 deprem, 43 sel ve su baskını, 13 heyelan, 8 epidemik salgın, 5 orman yangını ve 6 fırtına bulunmaktadır [19]. Bu afetlerden can kaybı açısından ilk 10 afete bakıldığında tamamının deprem olduğu anlaşılmaktadır[19]. Nitekim, Türkiye depremlerdeki can kaybı açısından dünyada üçüncü, etkilenen insan sayısı açısından ise sekizinci sıradadır[18]. Ayrıca etkilenen insan sayısına göre ilk 10'a bakılırsa birincinin 1.589.600 kişi sayısıyla Adana Ceyhan Depremi olduğu ve ilk 10'un arasında 2 tane de sel felaketinin (1998 Devrek Seli ve 1995 Antalya Seli) olduğu anlaşılmaktadır. Toplam ekonomik zarara bakılacak olursa da 20 milyar dolar ile Marmara depreminin başı çektiği görülmektedir[19].

Diğer taraftan yalnızca doğal afetlerin değil, teknolojik ve insan kaynaklı afetlerin de insan sağlığı, çevre sağlığı ve sosyoekonomik yapıyı olumsuz etkilediği hatta büyük çapta zararlara yol açtığı görülmektedir. Nitekim 1945 senesindeki Japonya'nın Hiroşima ve Nagazaki kentlerine atılan atom bombalarıyla vefat eden 300.000 kişi ve sakat kalan milyon-

larca kişi bunun en önemli örneklerinden biridir[17]. Öyle ki üzerinden yarım asırdan fazla geçmiş olmasına rağmen bu nükleer bombaların canlılar ve çevre üzerindeki olumsuz etkileri devam etmektedir. Türkiye'nin 1900-2015 yılları arasında teknolojik kaynaklı afetlerine bakıldığı zaman ise 25 endüstriyel kaza, çoğunluğu karayolu olmak üzere 97 ulaşım kazası ve 10 büyük çapta yangın olduğu görülmektedir. İlk 10 insan kaynaklı afette toplamda yaklaşık 3000 can kaybı olduğu anlaşılmaktadır[21].

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

Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer (KBRN) olaylar da bir tür teknoloji kaynaklı afetlerden olup bu tür afetlerin son örneği olarak mevcut COVID-19 pandemisi nedeniyle dünya üzerinde hemen hemen etkilenmeyen ülke kalmamış, milyonlarca insan etkilenerek yüz binlercesi de vefat etmiştir. Ayrıca günlük hayatın durma noktasına geldiği bu salgın neticesinde ülkeler ciddi ekonomik zararlar görmüş ve hazırlıksız yakalanan birçok toplum biyopsikososyal olarak bir yıkıma uğramıştır.

4

AFET TIBBI

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

4.1. Afet Tıbbı'nın Tanımı

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

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

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

4.2.Afet Tıbbı'nın Kısa Tarihçesi

Afet tıbbı tarihini incelemek belki de afetlerin tarihinin izini sürmek kadar zordur. İlk afet yönetimi Hazreti Nuh'un dönemindeki tufan ile ilişkilendirilmiş ve afetlere hazırlığın ilk numunesini kitlesel göçün yönetimiyle ortaya koymuştur. İçerisinde afet planı, zararların azaltımı noktasında kapasitenin artımı, afete müdahale ve olağan seviyeye geri dönmek adına rehabilitasyon hizmeti gibi (gemi inşası, gıda temini, temiz suya ulaşım, barınma ihtiyacını karşılama, tıbbi bakımı sağlama, atık yönetimi ve tahliye planları ile) birçok afet yönetimi süreci başarı ile yönetilmiştir [22].

Diğer taraftan tarih boyunca büyük afetlerin yönetimine bakıldığında ilk başlarda savaşlar örneğiyle ile beraber askeriye tarafından yönetildiği görülmektedir. Askeriyenin bu tecrübesi triyajın kurgulanması ve geliştirilmesini de sağlamıştır. Böylelikle afet tıbbı noktasında afette sağlık yönetimi askeriye ile başlamış denebilir [22].

Dünya'da afet tıbbının bir uzmanlık dalı olarak ortaya çıkması yakın tarihimizde ancak mümkün olabilmiştir. 1980'li yıllarda ortaya çıkmaya başlayan afet tıbbı acil tıp, halk sağlığı, afet yönetimi ve hastane öncesi acil tıp gibi birçok farklı disiplinlerin multidisipliner çalışmalarını birleştirmeyi amaçlamıştır. Amerika'da afet tıbbı yan dal eğitimi de verilmektedir [22].

Dünyanın birçok ülkesinde yaşanan büyük afetler ve bunların sonucunda afet yanıtı ve afet yönetim sürecindeki yetersizliklerden çıkarılan dersler, her geçen gün afet tıbbı gelişimine katkı sağlamaktadır. Ülkemizde ise afet yönetimi konusunda kötü bir sınav verdiğimiz 1999 yılı önemli bir dönüm noktası ve kilometre taşı olmuştur. Büyük Marmara Depremi ile ortaya çıkan afet tıbbı noktasındaki eksikliğimiz ancak Sağlık Afet Yönetimi ve Kriz Operasyon Merkezi (SAKOM) ve Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)'ın kurulması ile gide-

rilmeye başlanmıştır. Buna ilaveten Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE) birçok ilde oluşturulmuş ve konuşlandırılmıştır. Böylelikle afet tıbbı, afet yönetiminin önemli paydaşları ile ulusal seviyede belli bir seviyeye gelinmiştir. Ayrıca birçok üniversitemizde afet yönetimi ve afet tıbbı ile ilgili bölümlerin eğitim ve öğretime başlaması da önemli bir mesafenin alınmasına katkı sunmuştur.

4.3. Afet Tıbbı'nın Amacı

Afet tıbbının amacı 3 başlık altında toplanabilir:

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

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

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

4.4. Afet Tıbbı Disiplini İhtiyacı

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

4.5. Afet Tıbbı Disiplinin Özellikleri

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

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

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

Küreseldir çünkü afet tıbbı multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç duyar. Disiplinler arasında rekabet olmayıp tam bir iş birliği olmalıdır. Kısacası afet tıbbı bir ekip çalışmasıdır.

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

4.6. Afet Tıbbı ve Halk Sağlığı

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

Afet tıbbındaki halk sağlığı unsurları ve çalışmaları sadece

halk sağlığı uzmanlarının çalışmalarıyla sınırlanmayıp diğer tüm sağlık disiplinlerinin halk sağlığı ile alakalı hizmetlerini de içermektedir[13].

4.7. Afet Tıbbı ve Triyaj

Afet Tıbbı'ndan bahsederken iyi bir triyaj bilgisinin verilmesi gerekir. Zira yukarıda da bahsedildiği gibi bu disiplinin alan çalışması genellikle olay yerinde cereyan etmektedir. İlk tıbbı acil müdahale sahada yapılmaktadır[13]. Lakin burada elindeki kıt kaynak ve yetersiz personel kısacası kapasite azlığı olay yerindeki sağlık personelini zor durumda bırakmaktadır. İşte triyaj burada devreye girmektedir. Buradaki amaç en kısa sürede olabildiğince çok yaralıya etkin müdahale etmektir[23]. Sahada ve sağlık hizmeti sunulan yerde yığılmayı ve kargaşayı önlemek ve etkili müdahale etmek hedefleri arasındadır[24].

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

4.7.1. Basit Triyaj

Yaralıların hızlı bir şekilde değerlendirildiği ve işaretlendiği triyajı ifade eder. Burada kullanılan parametreler solunum, dolaşım ve bilinç durumudur. Yardım edilemeyecek halde bulunanlar, acil nakli gereken hastalar ve nakli ertelenebilecek olan hasta gruplarını ayırmada kullanılır. Hedeflenen gerekli kişilerin en hızlı şekilde nakilleridir.

Bu konuda birkaç triaj modeli bazı afet türlerine ve yaş gruplarına özel olarak oluşturulmuştur. Bu modellerden en yaygın kullanılanı ise START (Simple Triage And Rapid Transport) modelidir[25].

Çocukluk dönemi için de Jump START modeli geliştirilmiştir.

4.7.2. İleri Triyaj

Bu triyaj modelinde deneyimli sağlık profesyonellerinden hastaları gruplandırması istenir. Bu gruplama 5 ana renk ile işaretlenerek yapılmaktadır[25].

Beyaz / Eve Gönder
Yaralanma hafif düzeyde olup küçük müdahale yeterlidir. Hekimin bakımına ihtiyacı olmayıp ev bakımı yeterlidir.

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

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

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

Siyah / Ayır
Ağır yaralı olup eldeki imkânlarla hayata döndürülemeyecek hasta grubudur. Hastalığı (derin yaralar, geniş yanıklar, ağır

travma, septik şok vb) tıbbi tedaviye yanıt vermesi zor olup mümkünse ağrısı giderilmeye çalışılan hastalardır [25].

4.8. Afet Tıbbı'nda Acil Durum Yönetimi

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

5

AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Afetlerde sağlık hizmetlerinin etkin bir halde yapılabilmesi adına yerinde ve gerekli hazırlık ve planlama süreçlerinin afetin öncesinde tamamlanması gerekmektedir. Afet sırasında ise müdahale için kurtarma ekiplerinin olay yerine en kısa zamanda ulaşması ve acil sağlık hizmetlerini sunması beklenir. Ayrıca hastane acil servisleri gelecek afetzedelere etkin tıbbi girişimlerde bulunabilmelidir. Böylesi büyük olaylarda ayrıca toplum sağlığı ve birey bakımı hizmetleri aksatılmamalı ve ruh sağlığı hizmetleri ile afet öncesi döneme dönüş süreci hızlandırılmalıdır[24].

Afetlerde sakatlanmaları, yaralanmaları ve ölümleri engelleyebilecek birinci, ikinci ve üçüncü korunma yöntemlerinin sağlıkta afet yönetiminde ivedilikle kullanılması gerekmektedir[1, 24].

5.1. Afetlerde Birincil Korunma

Birincil korunma daha çok afetin olumsuz etkilerini önlemeye yönelik ve neticelerinin kaldırılmasına yönelik çalışmalardır. İlk tıbbi müdahaleler yapılırken diğer taraftan da hayatta olanların hayatlarını sürdürebilmeleri için gerekli ihtiyaçların belirlenmesi, yardım dağıtımlarının yapılabilmesi ve bunların planlanması, oluşabilecek önemli bireysel ve toplumsal sağlık problemlerinin ortaya koyulup önlemler alınması, risk gruplarının risk analizleri yapılarak tespit edilebilmesi için hızlı ve etkin bir şekilde durumu belirlemek gerekmektedir [24].

Birincil korunma, hastalık kişiyi fiziksel olarak etkilemeden

önce bazı önlemler ve tedbirler alarak söz konusu hastalığın önüne geçilmesi faaliyetlerini kapsar. Bunlar arasında; çevre sağlığını kötü yönde etkileyebilecek etmenleri uzaklaştırmak, imha etmek, bu tür çevreyle alakalı ajanların insanların sağlığını olumsuz etkilemesini önlemek, aşılama hizmetlerini yapmak, yaygınlaştırmak, iyi ve dengeli beslenmeyi sağlamak, kazaların önüne geçilmesi adına tedbirler almak, bireysel sağlığa uygunluk kurallarına ve hijyene uymak, çocuk, yaşlı, engelli ya da incinebilir her hangi bir gruba karşı bakım, danışmanlık ve rehberlik etmek, tüm bunlar için eğitim faaliyetleri yürütmek gibi bir dizi faaliyet grupları vardır. Toplumu ayrıca sosyal, ekonomik ve kültürel yönden de kalkındırarak incinebilirliği ve zarar görme olasılığını azaltmak da bu faaliyetler arasındadır[26].

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

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

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

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

sağlık kriz yöneticisi tarafından yönetilmesi beklenmektedir.

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

-Sağlık hizmeti verenlerle bunları koordine eden afet yöneticilerinin afet planlarını hazırlama, arama kurtarmada medikal hizmet, ilk yardım ve acil hizmetler, iletişim ve haberleşme, stres altında çalışma, triyaj, temel ve ileri yaşam desteği, travma ve resusitasyon, yaralıları taşıma teknikleri, yasal sorumluluklar üzerinde eğitimler alarak, konularında uzmanlaşmaları gerekmektedir. Bu bilgilenmeleri uygulamalı eğitimler ile desteklenmeli ve en az senede 2 defa biri masa başı, diğeri saha tatbikatı olmak üzere tatbikat yapılarak deneyimleri artırılmalıdırl[24].

5.2. Afetlerde İkincil Korunma

İkincil korunma ise afet sırasında ve afetten hemen sonra alınması gereken önlemleri içeren süreci tanımlamaktadır. Nitekim afet sırasındaki kurtarma ve acil tıbbi müdahale hizmetleri ikincil korunma kapsamında ele alınmaktadır. İkincil korunma, aynı zamanda beslenme, barınma, ulaşım, tıbbi bakımı sürdürme, haberleşme, güvenlik, çevre sağlığı hizmetleri, afetin ikincil problemlerine karşı koruyucu sağlık hizmetleri ile bu hizmetin verileceği afetten etkilenen toplumun saptanması gibi bir dizi yapılması gereken hizmet gruplarını içermektedir[24].

İkincil Korunmada İstenilen Faaliyet Grupları:

-Afete Hazır Sağlık Hizmeti
-Erken Bildirim ve Erken Ulaşma
-Erken Müdahale
-Triyaj

-Etkin Komuta Kontrol Merkezi

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

-Etkin, yetkin, eğitimli Yerel Sağlık Çalışanları

-Kapasitesi yüksek Yerel Sağlık Merkezleri gibi kurum ve/veya kişiler afet sağlık yönetiminde müdahale safhasında yapılması, bilinmesi veya hazır olması beklenen alt faaliyet gruplarıdır[24].

Bu Devrede Sunulması Beklenen Diğer Hizmetler:

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

5.3. Afetlerde Üçüncül Korunma

Acil müdahaleler yapıldıktan sonra yani afet olayının ani olumsuz etkileri belli bir seviyede kontrol altına alındıktan sonra artık iyileştirme dönemine geçilmelidir. Bu üçüncül koruma ile; acil müdahale önlemlerinin sürekliliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin desteklenmesi, kronik hasta olanların tedavilerinin ve bakımlarının devam ettirilmesi, güvenli ortamın sağlanması, sağlıklı su ve gıda temininin sürekliliştirilmesi, her türlü atıkların izale edileceği sistemlerin kurul-

ması, ulaşım, iletişim ve elektrik gibi önemli ihtiyaçların daha kalıcı barınma ve çözüm yöntemleriyle giderilmesi gibi birçok rehabilitasyon hizmetlerinin yapılması beklenmektedir[24].

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

Bu dönemde yapılması gereken faaliyetler:

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

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

Tüm bu sağlıkta afet yönetimi süreci ve korunma basamakları bir plan dâhilinde olmalıdır. Her türlü kamu kurum ve kuruluşlarıyla ve sivil toplum örgütleriyle bu süreç işbirliği ve eşgüdüm içinde yönetilmelidir. Tüm bunları yaparken her birimin afetlerde görev ve sorumlulukları net olarak belirlenmeli ve afetteki rolleri doğrultusunda çalışabilmesi sağlanmalıdır[24].

6

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA AFET YÖNETİMİ ORGANİZASYONU

Tüm Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de afet yönetiminin organizasyonu için hem merkezi hem de yerel düzeyde bir yapılanma söz konusudur. Merkezde özellikle Türkiye'nin afetlere hazırlık, müdahale ve iyileştirme faaliyetlerinden sorumlu olan AFAD'tır. AFAD tarafından hazırlanan Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) kapsamında sağlık hizmet grubunda merkezi olarak T.C. Sağlık Bakanlığı sorumludur. Bakanlık bünyesinde bunun için oluşturulan merkezi teşkilatlanmada hususen afetler üzerinde çalışmakta olan birimler şunlardır; Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, Sağlık Afet Yönetimi ve Kriz Operasyon Merkezi (SAKOM), Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) vb. birimlerdir. Bu birimlerin mevzuatta ifade edilen görev tanımları bu bölümde verilecektir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün düzenlediği kurs notlarının önsözünde;

"Afetlerde yönetim; afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması amacıyla yapılması gereken tüm çalışmaların esaslarının ortaya konması, yönlendirilmesi, koordine edilmesi ve etkili bir biçimde uygulanabilmesi için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla, kaynaklarının yönetilmesini ve yönlendirilmesini gerektiren bir süreç" olarak tanımlanmaktadır[27].

Ayrıca sağlıkta afet yönetiminde eğitimin önemi şu şekilde ifade edilmektedir:

"Afetlerde özellikle sağlık hizmetlerinin yönetimi öncelikli konu olmakta ve bu konuda önceden eğitim almış personelin görev yapması hizmetlerin etkililiğini artırmaktadır [27]."

Afetlerle mücadelede toplumun bilinçlendirilmesinin önemi de şu şekilde ifade edilmiştir:

"*Afetlerle baş edebilmek için; afet tanımından ve sınıflamasından başlayarak, afetleri epidemiyolojik olarak değerlendirmeye dek uzanan, yer seçiminden başlayarak, bina inşa ve kullanımına dek uzanan her alanda toplumun düşünsel yapısının değiştirilerek ya da yeniden yapılandırılarak, bilimsel bir temele oturtulması gerekmektedir. Bunun yolu ise, her anlamda ve bilinen tüm yöntemleri kullanarak, toplumun eğitilmesinden geçmektedir [28]."*

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

"Sağlık hizmetlerinde, önemli olan, olabildiğince erken, rutin koruyucu sağlık hizmetlerine geçebilmektir. Sıklıkla yapıldığı gibi, alt yapının tekrar inşası beklenmemeli ve bir an önce düzenli ve sürekli sağlık hizmetlerine geçip, rutin hizmetlerin (aşılama, periyodik kontroller vb) afet öncesi düzeye ulaştırılması sağlanmalıdır. Bozulan çevre koşullarına ek olarak, toplumun uzun süre olağan sağlık hizmetlerinden yoksun kalması afet sonrası ikincil afetlerin devam etmesi ve sayılarının artmasına neden olur. Rutin izlemelerde, diğer dönemlerden farklı olarak, kişilerde travma sonrası stres bozukluğu sendromuna da dikkat edilmelidir [28]." şeklinde özetlenmiştir.

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

6.1. Merkezi Yapılanma

6 .1.1. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) ve Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP)

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı kuruluş kanunu olan 5902 sayılı mevzuat afet yönetimini tek bir otorite altında toplamayı hedeflemektedir.

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

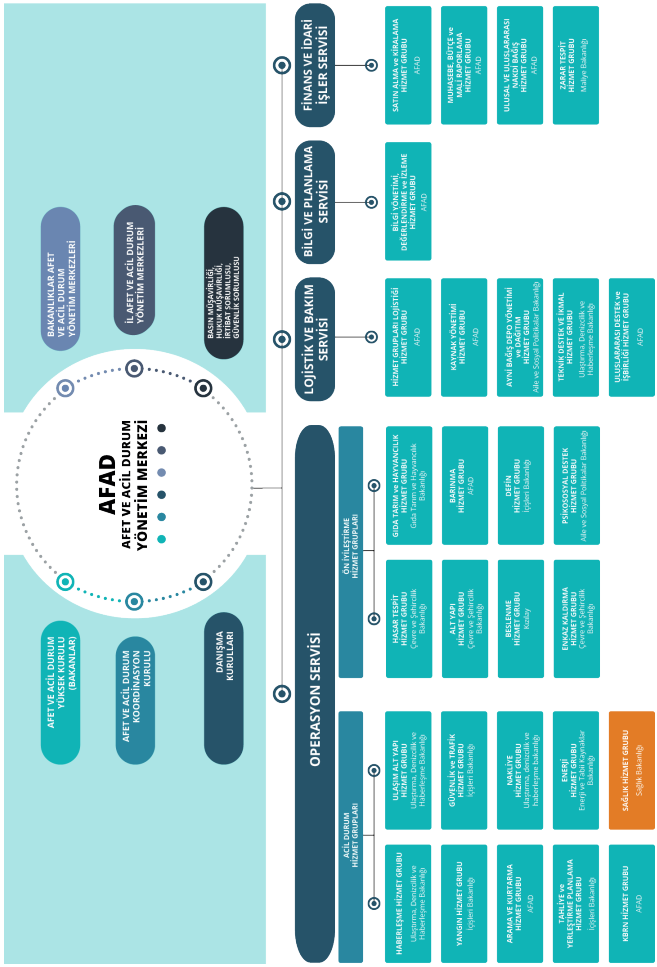
Bu doğrultuda afetlerle ilgili olarak görev yapan İçişleri Bakanlığı'na bağlı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı'na bağlı Afet İşleri Genel Müdürlüğü ve Başbakanlık'a bağlı Türkiye Acil Durum Yönetimi Genel Müdürlüğü kapatılarak 2009 yılında çıkarılan 5902 sayılı yasa ile Başbakanlık'a bağlı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı kurularak yetki ve sorumluluklar tek bir çatı altında toplanmıştır. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ile ilgili yapılan düzenlemeler kapsamında, 15 Temmuz 2018 tarihinde yayınlanan 4 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı İçişleri Bakanlığına bağlanmıştır.

Başkanlık merkez ve taşra teşkilatından meydana gelir. Başkanlık merkez teşkilatı 15 adet hizmet biriminden oluşur[11].

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

Türkiye Afet Müdahale Planının (TAMP) amacı; *"afet ve acil durumlara ilişkin müdahale çalışmalarında görev alacak hizmet grupları ve koordinasyon birimlerine ait rolleri ve sorumlulukları tanımlamak, afet öncesi, sırası ve sonrasındaki müdahale planlamasının temel prensiplerini belirlemektir"[29].* TAMP, *"Türkiye'de yaşanabilecek her tür ve ölçekte, afet ve acil durumlara müdahalede görev alacak, bakanlık, kurum ve kuruluşlar, özel kuruluşlar, Sivil Toplum Kuruluşları (STK) ve gerçek kişileri kapsayan müdahale planıdır"*[29].

Bu planda Sağlık Bakanlığına ve birimlerine ana çözüm ortağı ve destek çözüm ortağı olarak istisnasız tüm olay türlerinde hizmet grupları içinde birçok görev düşmektedir (Şekil 2).



Şekil 2: Ulusal Afet Müdahale Organizasyon Şeması[28]

6.1.2. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Görevleri

•"Afetlerde ve acil durumlarda ülke genelinde sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek.

•Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ait birimleri kurmak ve işletmek, gerektiğinde hastane acil servisleri ile entegre etmek, ilgili birimlerin faaliyetlerini izlemek, değerlendirmek, hasta nakil ve sevk koordinasyonunu sağlamak.

•Kara, hava ve deniz ambulanslarının temin, tahsis, sevk ve idaresini sağlamak.

•Yurtiçinde meydana gelen afet ve acil durumlardaki tıbbî kurtarma ve acil sağlık hizmetlerini ilgili tüm taraflarla işbirliği ve koordinasyon içinde sağlamak.

•Yurtdışında meydana gelen afet ve acil durumlarda ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği içinde sağlık ve insanî yardım faaliyetlerine katılmak.

•Tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak.

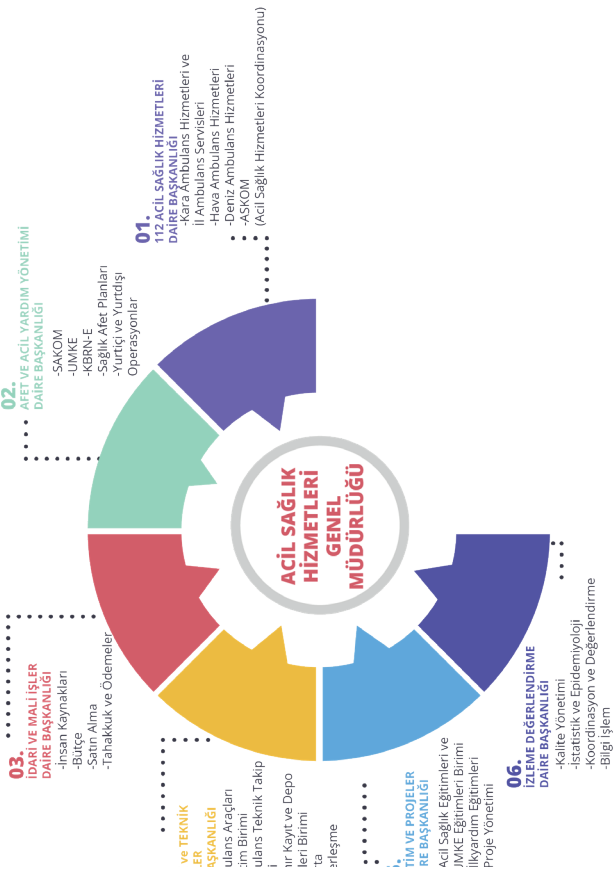
•Toplumun ilk yardım bilgi ve becerisinin geliştirilmesi amacıyla gerekli eğitim faaliyetlerini planlamak ve yürütmek.

•Görev ve sorumluluk alanı ile ilgili personelin yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde eğitim programı hazırlamak ve uygulamak, tatbikat organizasyonları yapmak, ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılmak.

•Afet ve acil durumlara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulacak haberleşme, ilaç, tıbbî ve teknik malzemelere yönelik planlama, tedarik, dağıtım ve depolama faaliyetlerini yürütmek.

•Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak[30]".

Ayrıca ilgili mevzuatta belirtildiği üzere Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 6 tane Daire Başkanlığı bulunmaktadır (Şekil 3) [30].



Şekil 3: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Yapısı [29]

6.1.3. Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığının Görevleri

•"Afet, olağandışı ve acil durumlarla ilgili gerekli planları yapmak, organizasyonu sağlamak, ihtiyaçları tespit ederek ilgili birimlere temin ettirmek,

•Kriz yönetim merkezi sekretaryasını yürütmek, olağan ve olağandışı durumlarda faaliyetinin 24 saat esasına göre sürdürülmesini sağlamak,

•Afet, olağandışı ve acil durumlarda tüm haber kaynakları ile il komuta merkezlerinden 24 saat sürekli olarak bilgi almak, değerlendirmek ve gerekli durumlarda yöneticilere her türlü iletişim araçları ile bilgi vermek,

•Afet ve Kriz Yönetimi alanında uluslararası ve ulusal kuruluşlarla işbirliğini geliştirmek, afet durumlarında ortak çalışmalar yürütülmesini sağlamak,

•Afet, olağandışı ve acil durumlarda yapılması gereken sağlık hizmetlerini planlamak ve uygulanmasını sağlamak,

•Toplu iskan, göç ve mülteci kabulü gibi durumlarda gerekli sağlık hizmetlerini ilgili daireler ile diğer resmi ve özel kurumlarla işbirliği içerisinde planlamak, faaliyet ilkelerini tespit etmek ve uygulamak,

•Afetlere yönelik hizmet standartlarını ve çalışma esaslarını belirlemek, afetlerde sağlık hizmetleri için gerekli personel planlamasını yapmak,

•Hizmeti uluslararası hizmet ve kalite standartlarına uygun şekilde geliştirmek, afet alanında uluslararası ve ulusal kuruluşlarla işbirliği yapmak,

•Konu ile ilgili mevzuatı araştırmak, geliştirmek ve düzenlemek,

•Afet dönemi sonrası normal duruma geçilmesine kadar ihtiyaç duyulan her türlü sağlık hizmetinin sunulması ile ilgili tedbirleri almak, işbirliği ve koordinasyonu sağlamak,

•Ulusal medikal kurtarma ekiplerini (UMKE) oluşturmak, ekiplerin medikal müdahale ve donanım standartları ile ihtiyaçlarını belirlemek, temin edilmesini sağlamak ve denetlemek,

•Medikal ekiplerin yurt içi ve yurt dışında meydana gelebilecek acil ve afet durumlarına aktif katılımlarını sağlamak,

•Ulusal medikal kurtarma ekiplerinin eğitim ihtiyaçlarını tespit ederek gerekli eğitimlere ve tatbikatlara katılmalarını sağlamak.

•Ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği içinde sağlık ve insanî yardım faaliyetlerine katılmak ve sağlıkla ilgili sivil toplum kuruluşlarının koordinasyonunu sağlamak,

•Ulusal medikal kurtarma ekiplerine afet öncesinde, afet esnasında ve afet sonrasında sunulacak psiko-sosyal destek hizmetlerini planlamak ve yaptırmak,

•Sağlık afet planlarının hazırlanmasını ve denetlenmesini sağlamak,

•Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer ve Endüstriyel (KBRN-E) maddeler ile ilgili meydana gelebilecek her türlü kaza, saldırı veya sabotaj durumlarında sunulacak sağlık hizmetleri ile ilgili planları yapmak, organize etmek, uygulamak,

•KBRN-E maddeler ile ilgili sağlık müdahale ekipleri oluşturmak, personel, araç, gereç ve hizmet standartlarını ve çalışma esaslarını belirlemek,

•KBRN-E maddeler ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını tespit etmek, planlamak, tatbikatlar yapmak veya yaptırmak; ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılımı sağlamak,

•Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM) ile ilgili iş ve işlemlerin koordinasyonunu yapmak,

•Görev alanı ile ilgili olarak yöneticisi tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek"[30].

6.1.4. Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE)

2003 yılı sonu, 2004 yılı başlarında Afette Sağlık Organizasyonu Projesi kapsamında dönemin genel müdürlükleri, çeşitli üniversitelerin, Kızılay, valilikler ve STK'ların işbirliği ile Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi (ASOP) kapsamında çalışma raporu hazırlanmıştır[31]. Bu raporun hedefleri

arasında afetlerde ve acil durumlarda kullanılmak üzere bir medikal kurtarma örgütünün kurulması öngörülmüştür. Böylelikle UMKE ilk başta 11 ilde kamuda çalışan 579 gönüllü sağlık personeli ile kurulmuştur [32]. Sonrasında ise giderek büyüyen bir yapılanmaya gitmiş ve 2010 yılında yönergesi yayınlanmıştır [33].

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

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

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

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

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

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

f)Faaliyetleri kapsamında ilgili kurum, kuruluş ve kişilerle işbirliği yapmak,

g)Gerekli hâllerde, yurtdışında meydana gelen afet ve olağan dışı durumlarda sağlık hizmetlerinde görev almak"tır[33].

6.1.5. Sağlık Afet Yönetimi ve Kriz Operasyon Merkezi (SAKOM)

Sağlık Afet Yönetimi ve Kriz Operasyon Merkezi (SAKOM): "Bakanlık bünyesinde kurulmuş olan ve sağlıkla ilgili afet ve

olağandışı durumlarda, iller ve diğer kurumlar ile irtibat, koordinasyon, planlama ve yönetimi sağlayan merkezin ve birimin adıdır"[33].

Bu yapılanmayla ilgili özellikler aşağıda verilmiştir.

•"Bakanlık merkezde ve müdürlüklerde kurulur.

•İllerde yaşanacak acil ve olağandışı olaylar ile ilgili her türlü bilgiler anında olağandışı durum formu ile Bakanlık SAKOM'a gönderilir.

•Acil ve olağandışı olaylarda, Bakanlık SAKOM, olayın olduğu yere, gerektiğinde diğer illerden destek sağlık ekipleri gönderir ve koordinasyonu sağlar.

•İl SAKOM'un açılması ve sekretarya faaliyetlerinin sürdürülmesi için gerekli çalışmalar afet birimi tarafından yapılır.

•Afet ve olağandışı durumlar ile ilgili her türlü olayın yönetimi illerde afet birimi koordinasyonunda, il SAKOM'dan yapılır.

•İl SAKOM, afet ve olağandışı durumlarda valilik kriz merkezi, Bakanlık SAKOM ve diğer ilgili kurum kuruluşlar ile işbirliği ve iletişimi sağlar.

•İl SAKOM'da acil ve olağandışı durumlarda haberleşmeyi sağlayacak gerekli telli/telsiz ve diğer sistemler Genel Müdürlüğün koordinasyonu ile müdürlükçe temin edilir"[33].

6.2. Yerel Düzeyde Yapılanma

6.2.1. İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü

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

İl afet ve acil durum müdürlüklerinin görevleri şunlardır:

a)"İlin afet ve acil durum tehlike ve risklerini belirlemek,

afet ve acil durum hazırlıklarını yapmak

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

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

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

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

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

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

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

i)Başkanlığın belirlediği esas ve usuller çerçevesinde risk azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme çalışmalarını diğer kurum ve kuruluşlarla birlikte yapmak

j)İl afet ve acil durum koordinasyon kurulu sekretaryasını yapmak

k)Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer maddeler ile benzeri diğer teknolojik maddelerin tespiti, teşhisi ve arındırılması ile ilgili hizmetleri yürütmek, ilgili kurum ve kuruluşlar arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlamak

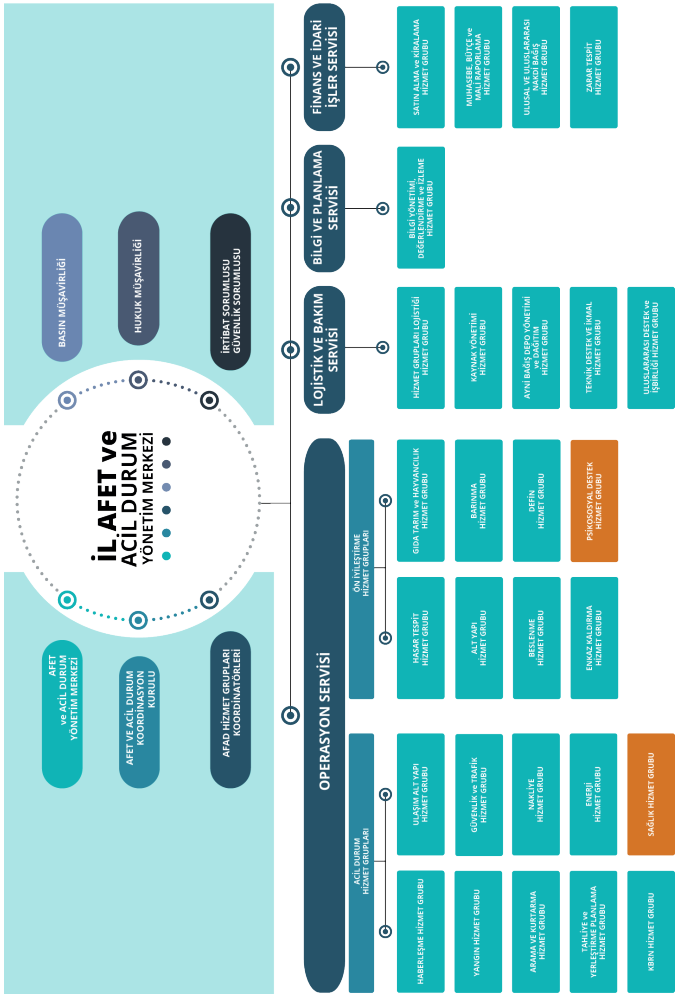
l)Başkanlıkça belirlenen yıllık çalışma programlarını uygulamak, yıllık faaliyet raporları hazırlayarak Başkanlığın onayına sunmak

m)Yıllık bütçe teklifini hazırlamak

n)Başkanlığın ve valinin vereceği diğer görevleri yapmak"tır[11].

İl afet ve acil durum organizasyon şeması Şekil 4'de detaylı

bir şekilde verilmektedir.



Şekil 4: İl Afet ve Acil Durum Organizasyon Şeması [29]

6.2.2. İl Sağlık Müdürlüğü ve İl Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

"İllerde il afet planı, ildeki önemli kuruluşların koordineli ve bir arada çalışmasını sağlamak için oluşturulmuştur. Sağlık Müdürlüğü bu plan içinde "İlk yardım ve Sağlık Hizmetleri Grubu" içinde yer alır. Görevleri arasında afet durumunda sağlığın korunmasına ilişkin tüm güç ve kaynaklarının planlanması ve sağlık hizmetinin afet bölgesine ve afetzedelere etkili ve hızlı bir biçimde ulaştırılması, UMKE ekiplerinin bölgeye sevki, sabit ve seyyar yatak kapasitelerini artırıcı önlemlerin alınması, çevre sağlığı bakımından gerekli tedbirlerin alınması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması, aşı, ilaç ve tıbbi malzemelerin kesintisiz temini, ölülerin kimliklerinin tespiti ve kayıtlarının tutulması gibi işlemler vardır[1]."(Şekil 5)

Şekil 5: İl Sağlık Müdürlüğü'nün Kriz Anındaki Görev Başlıkları [1]

Hizmet servisleri 4 ana grupta toplanmıştır. Bunlar;

-İlk yardım ve Ambulans servisi
-Hastaneler servisi
-Temel Sağlık Hizmetleri servisi:

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

-Ölüleri tespit ve gömme servisi[1]

6.2.3. Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi

İl Sağlık Müdürlükleri Bünyesinde 07.03.2005 Tarihinde Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi kurulmasına karar verilmiştir. Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE), Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimine bağlı olarak görev yapmaktadır. SAKOM Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığına bağlı olarak hizmet vermektedir.

Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri, her ilin sağlık müdürlüklerinde sağlıkta afet yönetimi konusunda önemli bir yere sahiptir. Bu birimlerin görevleri on esasa göre şekillendirilmiştir. Bunlar;

1. "Afetlerde sunulacak sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek.
2. Hastanelerin afet planlarını hazırlamasına yönelik eğitim ve koordinasyonu sağlamak ve hastane afet planlarının uygulanmasını denetlemek

3. Meydana gelen afetlerde; tıbbi kurtarma ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ilgili tüm taraflarla işbirliği ve koordinasyon içinde bulunmak,

4. Afetlerde ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği içinde sağlık ve insani yardım faaliyetlerine katılmak,

5. Afetlerde sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulacak haberleşme, ilaç, tıbbi ve teknik malzemelere yönelik planlama, tedarik, dağıtım ve depolama faaliyetlerini yürütmek,

6. Tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak,

7. Görev ve sorumluluk alanı ile ilgili personelin yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde eğitim programı hazırlamak ve uygulamak,

8. Bakanlığın izni ile tatbikat organizasyonları yapmak, ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılmak,

9. Görev alanına giren konularda gereken denetlemeleri yapmak,

10. İl Müdürü tarafından verilen benzeri görevleri yapmak" olarak ifade edilmiştir[34].

Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi ile koordineli olarak Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) kapsamında "Yerel Düzey Sağlık Hizmet Grubu Operasyon Planları" yürütülmektedir.

6.2.4. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)

"Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağla-

yan sağlık kuruluşu Toplum Sağlığı Merkezi" (TSM) olarak tanımlanmıştır[8].

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

a) İdari ve mali işler
b) Kayıt ve istatistik
c) Plan ve program yapma
ç) Diğer kurumlarla işbirliği
d) İzleme ve değerlendirme çalışmaları
e) Bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü
f) Tüberküloz kontrolü
g) Zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü
ğ) Erken uyarı ve cevap sistemi çalışmaları
h) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü
ı) Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri
i) Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri
j) Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri
k) Ruh sağlığı programlarına dair hizmetler
l) Ulusal programlar ile ilgili hizmetler
m) Adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri
n) Acil sağlık hizmetleri
o) Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri
ö) Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri
p) Çevre sağlığı hizmetleri
r) Çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetler
s) Olağan dışı durumlar ve afet sağlığı hizmetleri
ş) Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri
t) Evde sağlık hizmetleri
u) Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
ü) Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki çalışmaları
v) Sosyal hizmet çalışmaları
y) Hizmet içi eğitimler
z) Diğer görevler[35].

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

*"TSM'nin olağan dışı durumlar ve afetlerde, bölgesinde, afet organizasyonu ile ilgili olarak afete hazırlık, afete müdahale ve afet sonrası yapılacak iş ve işlemleri, ilin "il sağlık afet ve acil durum planı" (İLSAP) doğrultusunda gerçekleştirmesi"*nin öngörüldüğü ifade edilmiştir [35] (Şekil 6). Ancak yeni düzenleme ile İLSAP'lar yerine Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) kapsamında "Yerel Düzey Sağlık Hizmet Grubu Operasyon Planları" yapılmaktadır.

6.2.5. Aile Sağlığı Merkezi (ASM)

Aile Hekimliği Kanunda belirtildiği üzere ASM'ler; kişilere koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sunan, aile hekimi ve en az bir aile sağlığı çalışanından oluşan aile hekimliği birimlerinin birlikteliğidir.

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

Aile sağlığı çalışanı; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık çalışanıdır."

Eski İLSAP (Şekil 6) kapsamında sağlıkta afet yönetiminde

aile hekimlerine düşen görevler aile hekimliği uygulama birimi altında şu şekilde ifade edilmiştir.

Aile Hekimliği Uygulama Birimi:

• "Operasyon servisinde yer alır.

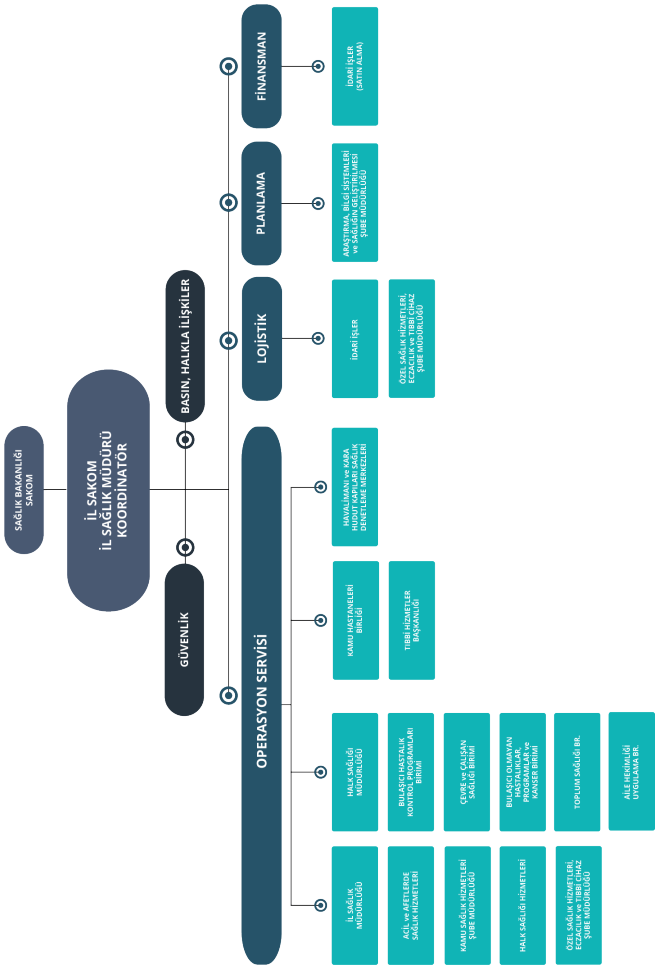
• İlde bulunan aile sağlığı merkezlerinin olay sonrası aksaksız çalışıp çalışmadığını kontrol eder.

• Var olan aksaklıkların giderilmesi için ilgili servisler ile çalışır.

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

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

• Aile hekimlerinin kendi bölgelerindeki veya afet sonrası kendi sorumluluklarına verilen bölgelerdeki bakımı özellik arz eden ve sürekli takip edilmesi gereken hastaların takip ve tedavilerini yürütmelerini sağlar ve bu süreci kontrol eder" [36].



Şekil 6. İLSAP; İl Sağlık Afet Planı [36]

Aile Hekimliği uygulaması ile ilgili olarak çıkarılmış olan kanun ve yönetmeliklerde aile hekiminin görevleri şu şekildedir:

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları

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

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

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

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

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

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

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

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

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

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

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

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

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

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

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak"tır [37].

7
AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ

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

Aile Hekimliği Asistanlığı: Aile hekimliği uzmanlık eğitimi toplamda 3 yıl olup üç temel bölümden oluşmaktadır: Aile hekimliği uygulama eğitimi (18 ay), ilgili alanlarda rotasyonlar(18 ay) ve program boyu süren düzenli eğitim etkinlikleri.

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

- Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun geliştirilmesi,

- Toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasının sağlanması,

- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması,

- Bireylerin sağlık anlayışının ve toplumun sağlık bilincinin geliştirilmesi,

- Bireylerin akut ve kronik sağlık sorunlarının erken tanınması ve yönetilmesi,

- Sağlık sisteminin hizmet sunum basamakları arasındaki ilişkinin sağlanması ve bireyin tüm bakım gereksinimlerinin karşılanması

- Hasta bakımında bütüncül (Biyopsikososyal) yaklaşımın benimsenmesi,

- Sağlık kaynaklarının etkili kullanımının sağlanması " şeklindedir[38].

7.1. Aile Hekimliğinin Kısa Tarihçesi

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation, WHO) tarafından 1978 senesinde sağlık hizmet sistemi temelinde kalite, maliyet etkinlik ve adaletli sağlık hizmet alımı için birinci basamak hekimliğinin merkezi bir konumda olması gerekliliği ifade edilmiştir. Bu ehemmiyetli konumun kendine özgü özellikleri ve farklı model yapılarını içermesi sebebiyle uzmanlaşmış hekimler tarafından yürütülmesi gerektiğine karar verilmiştir[39]. Aynı tarihli, WHO ve Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (World Organisation of Family Doctors, WONCA) imzalarının bulunduğu bildirgede, Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak ifade edilerek tanınmış ve her ülke ve coğrafyada Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi verilmesi kararına varılmıştır[4].

Türkiye'de ise 1983 senesinde aile hekimliği uzmanlık dalı, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yerini alarak 1985 senesinden bu yana aile hekimliği branşında uzmanlık eğitimi verilmeye başlanmıştır[40]. Eğitimlere önce 1985 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde başlanmıştır[40].

Üniversite Tıp Fakülteleri'nde ise ilk Anabilim Dalı 1984 senesinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuş olmasına rağmen ilk uzmanlık eğitimi ancak 1993 senesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde olmuştur[4, 40].

Pilot il olarak Düzce'de 2005 yılında Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmeye başlanmıştır. 2010 yılı itibariyle de 81 ilimizde uygulanır hale gelmiştir. Böylelikle 22.000 civarında aile hekimi ve 2000 civarında Aile Hekimliği Uzmanı (AHU) ile bu hizmet devam etmektedir. Bu sayıyla ancak 3500 ile 4000 arasındaki nüfusa bir aile hekimi düşmektedir. Hedef olarak 2000 nüfusa bir aile hekimi, toplamda ise çoğunluğunu AHU'ların oluşturduğu 40.000 aile hekimine ulaşmak belirlenmiştir. Şu anda da onlarca üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin aile hekimliği kliniğinde uzmanlık eğitimi ve-

rilmekte ve Aile Hekimliği Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nde kendi adında daire başkanlığı ile temsil edilmektedir. Ayrıca Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı ve Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Planlama ve Organizasyon Daire Başkanlığı ile de ASM'lerin işleyişi ve planlaması koordineli bir şekilde yapılmaktadır. Her ilde ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bu birimlerin taşradaki organizasyonu ile; 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde geçen görev tanımlarına göre işleyişleri denetlenmektedir.

7.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.

k) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır" şeklinde bu disiplinin özelliklerinin ifade edildiği görülecektir[3].

Bu özelliklerin kaynak aldığı çekirdek yeterlilikler ise;

"Birinci basamak yönetimi
Kişi merkezli bakım
Özgül sorun çözme becerileri
Kapsamlı yaklaşım
Toplum yönelimli olma
Bütüncül yaklaşım" olarak tanımlanmaktadır[3].

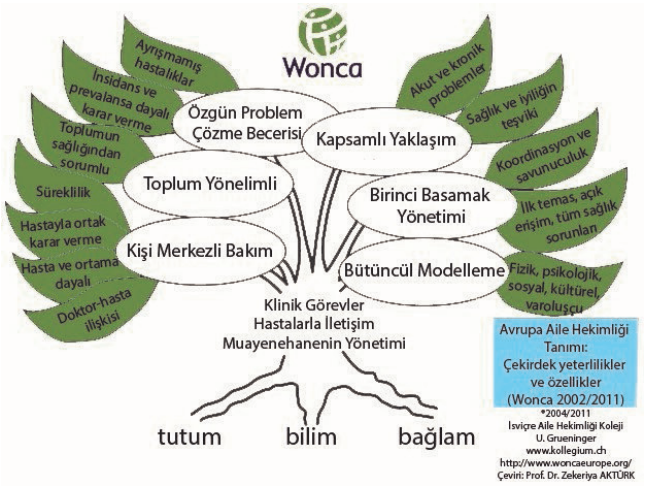
Ayrıca çekirdek yeterliklerin uygulanmasında esas alınan 3 ana özellik mevcuttur. Bunlar da;

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

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

***Bilimsel:** Tıbbi uygulamaya eleştirel bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ile bunu sürdürme." şeklinde disiplinin ana/kök/temel özellikleri olarak karşımıza çıkmaktadır [3].*

Tüm bunlar 2011 yılındaki revizyonuyla beraber WONCA Ağacı ile ifade edilen şekliyle şematize edilerek gösterilmektedir (Şekil 7).



Şekil 7: Aile hekimliği WONCA Ağacı

7.3. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı (AHUÇEP)

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

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

Ayrıca, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulları'nın (American Academy of Family

Physicians, Royal College of General Practitioners) oluşturmuş oldukları müfredatlar da irdelenmiştir.

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

Aile Hekimliği Uzmanının Tanımı ve Görevleri

I- Klinisyen Aile Hekimi

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

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

b. Hastalık Yönetimi

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

II- Araştırmacı Aile Hekimi

- "Epidemiyolojinin temel kavram, ilke ve yöntemlerinin benimsenmesi
- Tüm uygulamalarında ve planlamalarında kanıta dayalı

tıp yaklaşımını benimsenmesi

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

III- Eğitici Aile Hekimi

- "Farklı eğitim yöntemlerini bilerek ve kullanarak bireye ve topluma yönelik sağlık eğitimi verilmesi
- Danışmanlık becerisinin edinilmesi
- Alan/saha eğiticisi olarak tutum geliştirilmesi
- Birinci basamak çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitim planlanması
- Danışman ve kolaylaştırıcı olarak, etkili hasta hekim iletişiminin sağlanması"

IV- Yönetici Aile Hekimi

- " Hasta kayıtları ve raporlarının oluşturulması
- Mesleki hak, görev ve sorumlulukların bilinmesi ve yerine getirilmesi
- Personel yönetimi
- Kaynakların etkin yönetimi
- Kriz ve afet yönetimi"

şeklinde ifade edilerek görev tanımları genel yapısıyla gösterilmiştir[4].

Burada da görüleceği üzere "Kriz ve Afet Yönetimi" Aile Hekimliği'nin vazgeçilmez bir görev tanımı olup bu konuda gereken bilgi ve yetenekle Aile Hekiminin donanması istenmektedir. Nitekim yukarıda afet yönetimi ile alakalı yönetim sürecinin konularına dikkatli bakıldığında bunların hemen hemen aile hekimliğinin tüm disiplin özellikleriyle ve görev tanımlarıyla örtüştüğü görülecektir. Bu duruma Dünya Aile Hekimleri Birliği WONCA'da kayıtsız kalmamış ve bu konu

hakkında bir özel ilgi grubu oluşturmuştur.

7.4. Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) Afet Tıbbı Özel İlgi Grubu

Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin 16 özel ilgi grubundan (special interest group) birini Afet Tıbbına ayırmış ve bu konu hakkında ilgi duyan dünyadaki aile hekimlerinin tek çatı altında toplanmasını ve bilgi paylaşımlarını yapmasını sağlamıştır. 2015 yılının Ocak ayında kurulan "Conflict & Catastrophe Medicine" adlı özel ilgi grubunun amacı şu şekilde belirtilmektedir:

a. İnsan kaynaklı afetlerin ve doğal afetlerin sebep olacağı durumlarda gerekli görülecek olan tıbbi uzmanlık, toplum sağlığı için önderlik ve yönetimsel yeterliliklerinin sağlanması ve geliştirilmesi için yardımcı olacak iletişim ağlarını oluşturmak.

b. Zorlu operasyonel ortamlarla, uluslararası kuruluşlarla birlikteliklerde ve değişen derecelerde ev sahibi ülkelerin destekleriyle ilişkili fırsatların ve kısıtlamaların daha geniş bir şekilde değerlendirilmesini sağlamak.

c. Aile hekimlerinin üye oldukları kuruluşlar arasında paha biçilemeyecek derecede bilgi alışverişi yapabilmek adına bir iletişim platformu sağlamak.

d. Askeri pratisyen tabiplerin ve aile hekimlerinin küresel çaptaki eğitim, araştırma ve hizmetlerini sağlama faaliyetlerini, sağlık ve tıbbi bakımla ilgili diğer dünya örgütleri ve forumları önünde temsil edilmesini sağlamak.

e. Benzer klinik problemler ile karşı karşıya kalındığından WONCA'nın Kırsal Hekimlik Çalışma Grubu ile beraber hareket edilmesini sağlamak.

f. Çatışma ve afetlerle ilgili uluslararası temel sağlık araştırmalarını teşvik etmek. Aile hekimlerinin afetlerdeki rolünü keşfetmesini sağlayacak eğitimleri hazırlamak, kolaylaştırmak ve geliştirmek için teşvik etmek. Bu konuda her düzeyde etkili uluslararası (askeri veya sivil) çalışma grupları arasında ilişkilerinin geliştirilmesine yardımcı olmak [41].

WONCA Afet Tıbbı Özel İlgi Grubunun Hedefleri

1. Aile hekimlerinin afetlerde faydalı olabilecek ulusal ve bölgesel temaslarını ve iletişim ağlarını sağlamak.
2. Afet tıbbı ile ilgili Aile Hekimliği alanındaki iyi uygulama örneklerinin geliştirildiği ve paylaşıldığı bir aracı platform olmak.
3. Afet sırasında ve sonrasında sınırlı kapasite nedeni ile ortaya çıkacak olan büyük gereksinimin karşılanması adına tıbbi hizmetlerin yönetimine katkı sunmak.
4. Ülkeler arasındaki aile hekimlerinin meslektaş dayanışmasını sağlayacak tartışmaların ve değerlendirmelerin oluşturulması için teşvik etmek.

şeklinde bu özel ilgi grubunun hedefleri sıralanmaktadır [41].

Ayrıca bu özel ilgi grubunun icra komitesi her WONCA bölgesinden temsilcilerin katılımı ile oluşturulmuş ve yıllık olarak faaliyetlerini gerçekleştirilmesi sağlanarak afetlerin sebep olacağı zorlu süreçlerde organizasyon çerçevesinde bağımsız ve takım çalışması şeklinde çalışabilecek askeri ve sivil aile hekimlerinin yetişmesine katkı sunmaktadır.

Bu özel ilgi grubuna katılım sağlamak isteyen aile hekimleri aşağıdaki kodu telefon ile okutup kolayca üye olabilir ve yıllık faaliyetlerini takip edip katkı sunabilirler:

AİLE HEKİMLİĞİNDE AFET YÖNETİMİ

Her yıl milyonlarca kişi afetlerden etkilenmektedir. Temel sağlık hizmetleri ise bu tür afetlerde önemli bir rol üstlenmektedir[42]. Afetler birkaç şekil ve şiddette ortaya çıkmaktadır. Aile hekimleri ise böylesi bir durumda en ön sırada bu afeti karşılamaktadır. Çünkü toplumunun etkilendiği afette gerek olayın saptanması aşamasındaki yardımı, gerek müdahaleye destek olması ile gerekse de sevk ve idaresindeki katılımları ile kendilerini ön saflarda bulmaktadırlar[5]. Ayrıca hem afete müdahale aşamasında olsun hem de afet öncesi hazırlık ve afet sonrası iyileştirme dönemlerinde olsun aile hekiminin afet yönetimindeki önemi büyüktür[43].

8.1. Afet Öncesi Dönemde

Bireylerin olası bir afetten biyopsikososyal olarak olumsuz yöndeki etkilenimlerini azaltabilmek adına önceden bireysel ve çevresel risk faktörlerini belirlemek gerekir[42]. Bu da ancak kapsamlı bir risk yönetimi yaklaşımıyla olabilmektedir. Aile hekimliği disiplininin 12 temel özelliğinden biri olan "boylamsal (longitüdinal) bakım" gereği olarak aile hekimi kişinin doğumundan ölümüne kadar olan tüm sağlık sorunlarıyla ve sağlıklarının gelişimi ile ilgilenmektedir. Dolayısıyla aile hekimi kendi toplumunda kimin daha fazla kırılgan, incinebilir ya da ruhsal rahatsızlığa yatkın olduğunu belirleyebilir ve risk analizi yaparak "kişi merkezli bir yaklaşım" sergileyebilir. Böylelikle bir afet sonrasındaki yaralanma, yakınlarını kaybetme, ölü ve yaralılarla içi içe olma, ölüm korkusuna kapılma, barınma sorunu yaşama veya maddi zarara uğrama vb. afetlerle ilişkili biyopsikososyal streslerle karşılaşabilen afetzedeye önceki ruhsal ve fiziksel gelişimini ve problemlerini iyi bilebilen aile hekimi daha iyi bir yaklaşım gösterebilecektir[42].

Bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda aile hekimleri her afet türüne uygun bir hareket planını oluşturmalıdır ve aile hekimleri kendilerini belki de daha önce hiç karşılaşmadıkları böylesi ciddi durumlar için hazırlamalıdır. Ruhsal ve fiziksel tehlikeler açısından eğitim almalı, ulusal ve yerel düzeydeki afet yönetimi organizasyonlarıyla afet öncesinden irtibatlı olmalıdır. Mesela kendi aile sağlığı merkezinin yapısal olarak yeterliliklerini kontrol ettirmeli, olası bir müdahale için yeterli miktarda ilaç ve sarf malzemesine sahip olduğundan emin olmalı; diğer taraftan hem kendisi hem de ailesinin güvenliğini düşünmeli ve kendi afet planını ve hazırlığını da bir birey olarak yapmalıdır[42]. Böylelikle uygun bir rol modellik de gösterebilmelidir.

Birinci basamakta afet planı oluşturulmasının amacı; herhangi bir afet olayında zamanında, entegre ve koordineli bir yanıtın verilmesinin gerekliliğidir. Zaten bu durumda normal sağlık hizmetleri bozulmuş ve öncesindeki yapılmış plana ihtiyaç daha ziyade ortaya çıkmıştır[44].

Afet Planının Hedefleri sürekli sağlık eğitimi sağlamak, bunun yanında yaralı sayısını azaltmak, tehlikeleri en aza indirmektir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapasitesini artırarak afetlere daha hazırlıklı olmak ve etkin müdahalede bulunmaktır. Fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak afetlerin olumsuz etkilerinden toplumun sağlığını korumak ve bu yan etkileri azaltmaktır. Son olarak afet yönetimi açısından diğer sağlık kurumlarıyla koordinasyon içinde olmak, işbirliği ve iş bölümü ve paylaşımı yapmaktır[44].

Afet Planının Amaçları hastalarının, ziyaretçilerinin, mesai arkadaşlarının ve kendisinin yaralanmaması ve zarar görmemesi için maksimum koruma sağlamaktır. Acil bir durumdaki kişilerin tıbbi ihtiyaçlarına anında ve etkin müdahale göstermektir. Kaynakları maksimum düzeyde verimli kullanabilmek adına durum tespiti yapmaktır. Mümkün olan en kısa sürede

esas yapılması gereken rutin sağlık hizmetlerine dönüşü yeniden sağlamak ve sürdürmektir. Tüm hazırlıkların gerekliliklerini yerine getirmektir[44].

Takip ettiği nüfusun hastalıklardan korunması aile hekimliği disiplininde merkezi bir konumdadır. Sağlığın korunması, hastaların esenliğinin sağlanması ve iyilik halinin güçlendirilmesi aile hekimlerinin esas görevlerinden olup aynı zamanda aile hekimliği disiplinin ana özelliklerini de ihtiva etmektedir[45]. Yaygın mortalite ve morbidite nedenlerinden olan kronik hastalıklardan bireyleri korumak, erken tanı, optimum tedavi ve uygun takipler ile aile hekimleri hastalarına koruyucu hekimlik yaklaşımı gösterebilmektedirler. Danışmanlık hizmetlerinin verildiği "primordial koruma" ile başlayan ve nihayetinde aşırı medikalizasyondan dahi hastalarını koruyacağı "dördüncül korumaya" kadar aile hekimleri aslında risk yönetimini etkin bir şekilde kullanmaktadır. Modern afet yönetimi anlayışının temelinde de risk yönetimi bulunmaktadır. Afet yönetim sürecinde en çok ihtiyaç duyulan yaklaşım risk yönetimidir.

Davranış tıbbının kuvvetli temellerinden olan hastaların yaşam tarzı değişikliği; afete hazırlık gibi her türlü davranış değişikliği gerektiren yaklaşımlarda da oldukça gereklidir. Kuvvetli hasta hekim iletişimi olan ve hastalarıyla arasında güvenli bir bağ tesis edebilen aile hekimleri bu davranış değişikliğinde de önemli bir konuma sahiptir[46].

Aile hekimlerinin hastalarını zamanla daha iyi ve yakından tanımaları ve hastalarının güvenini ve saygılarını kazanmaları önemli bir artılarıdır. Ayrıca hastaları ve aileleriyle yakın bir iletişim içinde olan aile hekimleri her kriz durumunu beraber aşmalarıyla da bu bağı daha fazla kuvvetlendirmektedirler. Dolayısıyla aile hekimlerinin söylediklerinin değeri ve tesiri bu güven çerçevesinde daha da olumlu bir seyir gösterebilmektedir[46]. Burada aile hekimleri "toplum yönelimli" olmaları hasebiyle afete hazırlık konusunda (birey bazından başlaya-

rak) kendi toplumuna önemli bir rehberlik sunabilir ve uygun geliştirici eğitim programları ile yönlendirmeler yaparak bu sorumluluklarını yerine getirebilirler. Bahsedildiği üzere birinci basamak sağlık hizmetleri, halkın sağlığının korunması ve iyileştirilmesi adına koruyucu tıbbi yaklaşımlar gösteren önemli bir konumu vardır. Bunun için aile hekimleri halkın eğitimi faaliyetlerini rutin tedavi edici hizmetlerinin yanında vermektedir [44]. Bu eğitim faaliyetleri arasında halkın afete yaklaşım konusundaki farkındalığını artıracak eğitimlerin de olması oldukça mühimdir[47]. Böylelikle afetlere karşı daha bilinçli ve dirençli bir toplum oluşturulur.

Ayrıca bir KBRN olayı veya saldırısına hazırlıklı olabilmek adına öncelikle sağlık profesyonellerinin, özellikle birinci basamakta hizmet veren aile hekimlerinin hizmet içi eğitimleri gereklidir. Eğitimin içinde, temel epidemiyolojik sorunlara yaklaşım, tanı, tedavi ve korunma olmalıdır. Böylelikle KBRN ile oluşabilecek hastalıkların semptomlarını, korunma yöntemlerini ve başlangıç yaklaşımlarını bilecek ve yapacağı bildirimler ile uygun ve güvenli bir müdahalede bulunabilecek uygun koruyucu ekipmana sahip ekiplerin ilgili alanlara sevkini gerçekleştirebilecektir. Bunun için Aile Hekimliği Birimindeki (AHB) tüm sağlık çalışanlarının maruz kalma riski yüksek olabileceği zaman ve mekanlarda bu olası anormal durumlara karşın daha iyi korunabilmesi adına hangi malzemelerin nasıl kullanılacağına dair bilgilendirilmesi ve eğitilmesi de gerekmektedir. Aile hekiminin ve aile sağlığı çalışanlarının eğitimleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı ve bilgiler güncellenmelidir [48].

Ayrıca aile hekimliği kliniği öğretim üyeleri ve eğitim görevlileri afet yönetimi açısından afet tıbbı konularının üzerinde durabilmelidir. Kendi müfredat programlarında yer vermeli veya standart bir ulusal müfredat hazırlayarak bu konuları detaylı bir şekilde irdelenmesini sağlamalıdır. Gerek saha eğitimleriyle, gerek hazırlayacakları yazılı materyaller ile gerekse de masa başı ya da saha (AHB'lerde) tatbikatlarıyla kendi asistanlarını

bu konu hakkında geniş bir eğitimden geçirmelidirler. Bu eğitimi isterlerse sertifikasyon halinde sunabilir ya da sürekli tıp eğitimleri kapsamında da değerlendirebilirler[49].

Aile hekimliği uzmanı, gelecekte karşılaşacağı bir afette etkin müdahalede bulunabilmesi adına, asistanlığı döneminde bu konuda bilgi, tutum ve davranış sahibi olabilmelidir. Bunun için afetteki bahsedilen kritik rolü adına aile hekimlerinin eğitim müfredatında afet tıbbına önemli bir yer verilmelidir[5].

Bu tür eğitimler yaparken de birçok kurum ile iletişim içinde olunmalı ve bir afette etkilenen halkın hayatta kalma mücadelesine bir nebze olsun yardımcı olabilmek adına da "transdisipliner bir yaklaşım" sergilenmelidir. Çünkü her şeyin karmaşık halde olduğu anormal bir durumda, iyi bir yönetim sağlamak için ancak önceden kurulmuş iyi bir iletişim ağı yeterli olabilecektir.

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

8.2. Afetin Olduğu Dönemde

Aile hekimleri acil durum ve afet anında ise rutin birinci basamak sağlık hizmetleri vermeye mümkün olduğu oranda devam etmeli ve etkin bir afet yönetimi açısından diğer sağlık hizmeti gruplarıyla koordine içinde olmalı ve gereken müdahalede bulunmalıdır[44].

Aile hekimliğinin bilgi birikimi ve her türlü olaya yaklaşımındaki esnekliği, afetlere hazırlık noktasında önemli bir yer tutmaktadır. Herhangi bir salgın tehlikesinin önlenmesinde ve yönetiminde kilit bir role sahiptir. Her türlü afette, afet tıbbının başarısı adına aile hekimleri olayları erken saptama, anında bulunduğu görev yerinde müdahale gibi özellikleriyle büyük bir müdahale potansiyeline sahiptirler [9,50].

Bu konuda hem klinik becerileri hem de sorumlu olduğu toplumları için önderlik ve yöneticilik vasıfları olan aile hekimlerine büyük bir ihtiyaç duyulmaktadır. Aile hekimleri Washington DC' deki şarbon saldırısında, Toronto' daki SARS virüs epidemisinde, Tokyo metrosundaki sarin gazı kimyasal saldırısında ve tüm dünyayı etkileyen pandemilerde; kısacası birçok doğal ve insan kaynaklı afette kritik bir rol üstlenmişlerdir[9,50]. Herhangi bir KBRN saldırısını ilk saptayanların birinci basamak hekimleri olması kuvvetle muhtemeldir[48]. Çünkü aile hekimliğinin altı temel çekirdek yeterliliklerinden olan birinci basamak yönetimi altındaki tanımda ayrışmamış sorunlara sahip hastaların ilk temas noktası, açık kolay erişim ve tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenimden bahsedilmektedir[3]. Yani böylesi bir KBRN saldırısı ya da olayında farkında olan veya olmayan hastaların ilk uğrak yerinin Aile Sağlığı Merkezi (ASM) olması kaçınılmaz olabilir.

Gerek "araştırmacı aile hekimi" gerekse de "klinisyen aile hekimi" yaklaşımlarıyla aile hekimleri hastalıklara ait verilerin düzenli olarak kayıtlarının tutulması, iletilmesi, toplanması

ve bu verilerin analiz edilerek değerlendirilmesi işlemlerinin tümünde görev alabilecektir. Dolayısıyla aile hekimleri tüm bu süreci ifade eden sürveyans tekniklerini geliştirerek; gelişebilecek her türlü bölgesel yada global krizdeki olayların tanınması, bertaraf edilmesi ve toplumun iyileştirilmesi adına girişimde bulunabilmelidir[4,9].

Bununla beraber "yönetici aile hekimi" afetlere hazırlık planlarının tüm aşamalarında aktif görev alarak afet yönetimindeki üst yöneticiler ile en alttaki afete maruz kalanlar arasında bir köprü olabilir. Nitekim istenilen yeterli bir toplumsal cevap için aile hekimi (bir köprü konumunda) önemli bir yerde durmaktadır[4,9].

Diğer taraftan, taşra konumundaki alanlarda şehir merkezlerindeki kadar afet yönetiminin üzerinde durulmamaktadır. Hâlbuki 2011 Van Depreminde en çok hasar gören yapılar taşrada bulunan köylerdeki ve kasabalardaki yapılar olmuştur[51]. Taşra dediğimiz köy, kasaba hatta ilçelerde bile gerekli ekipman ve sağlık profesyonellerinin yetersizliği nedeniyle en ufak bir olayın bile acil duruma ve hatta afete dönüşme riski vardır. Dolayısıyla taşradaki sağlık gücünün mühim bir kısmını oluşturan ASM'lere ve onun çalışanlarına bu konuda daha fazla ihtiyaç duyulabilecektir. Aslında burada kırsal hekimlik yapan aile hekimleri çevrenin şartlarına daha iyi uyum sağlamakta ve böylesi bir kriz durumunda o yöre ve halkı için bulunmayacak büyük bir fırsat olarak durmaktadır. Gerek afet sırasındaki müdahalede gerekse de afet öncesindeki planlama aşamasında, görülmeyen ya da bilinmeyen (kırsal ile uyum sonrası) zamanla oluşmuş bu tecrübelerin ve bilgilerin merkezle paylaşılması önem arz etmektedir. Görüldüğü üzere taşrada da afet yönetiminde aile hekimleri kilit rol oynayabilmektedir[9].

Burada önemli olan bir diğer husus aile sağlığı merkezleridir. Afetlere dayanıklı birinci basamak sağlık hizmeti verilebilmesi adına bu hizmetin verileceği alanların ve yapılarında

özenle seçilmesi ve inşa edilmesi gerekmektedir. Zira bir afet sırasında hemen hemen her semtte ve caddede bulunan aile sağlığı merkezlerinin toplumlar için birer toplanma alanı ve ilk müdahalelerin yapıldığı mekânlar olabilir. Afetler için kritik yapılar statüsünde bulunan sağlık yapılarının olası anormal durumlarda ayakta kalabilmesi oldukça önemlidir. Afet sonrasındaki dönemde de gerekli kurum ve kuruluşların yardımı ile temiz suya ulaşım, barınma ihtiyacı, yiyecek temini ve biyopsikososyal destek bu merkezler çerçevesinde teşekkül ettirilebilir. Dolayısıyla bu anlayış ile aile sağlığı merkezlerinin yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

8.3. Afet Sonrası Dönemde

Bir aile hekimi, afet sonrasında afetzedelerin akut problemleriyle ilgilendiği kadar kronik hastalıkların takibiyle de ilgilenmelidir. Bu durum aile hekimliği disiplini özellikleri arasındaki "kapsamlı yaklaşım" adı altındaki çekirdek yeterlilikte bahsedilmektedir[50]. Burada aile hekimi, afetzedenin hem fiziksel hem de ruhsal açıdan akut ve/veya kronik yakınmalarına yanıt verebilecek konumdadır. Afetin kendisinde ya da afetler sonrası olabilecek her türlü salgınla mücadelede yetkin bir rol alacak durumdadır. Bu salgın hastalıklar üst solunum yolu hastalıkları, gastroenterit vb. tarzında olabilmektedir. Kronik hastalıkların takibinde ise tedavinin devamı sağlanarak temel sağlık hizmetleri yerine getirilmeli ve sürdürülebilir halde tutulmalıdır. Ruhsal sağlık açısından da akut veya kronik problemlerle karşılaşılabilmektedir. Bunlar arasında post travmatik stres bozukluğu, depresyon veya alkol bağımlılığı gelebilmektedir[42].

Ayrıca hastalarına yaş, cinsiyet ya da kişinin herhangi bir özelliğini ayırt etmeksizin sağlık hizmeti sunarak ilk tıbbi temas noktası olma özelliğine sahip olan aile hekimleri, afet sonrası dönemde de çocuk, kadın, yaşlı, engelli, kronik hastalığa sahip kişiler (incinebilir riskli gruplar) için en geniş hizmeti sunma

kabiliyetine sahiptir.

Hastalarına aile planlaması danışmanlık hizmeti de veren, bunlara yönelik uygulamaları ve malzeme tedariği de sağlayabilen, gebe takipleri yapan aile hekimleri, afet sonrası dönemde kurulacak geçici barınma alanlarında oluşabilecek gebe takipleri, üreme sağlığı, aile planlaması sorunlarına da en kapsamlı çözümü sunabilir.

Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşları aşı hizmetlerinde de önemli bir rol üstlenmektedir. Bu noktada afet sonrası rutin bir aşı programı önerilmemekle birlikte, afetin türüne göre ihtiyaç durumunda grip, tetanoz, hepatit b gibi aşıların afetzedelere uygulama ve planlamasını da aile hekimleri tarafından yürütülebileceği unutulmamalıdır.

Diğer taraftan hastalar çoğu zaman, girmiş oldukları krizlerden kurtulmak için yardım isteği ile aile hekimlerine başvurmaktadırlar. Bu kriz durumları bazen hayatı tehdit eden hastalıklar, intihar girişimi, depresyon, panik atak, yakınlarından şiddet görme olabildiği gibi bazen de afet sonrası veya travma sonrası yaşadıkları problemler nedeniyle olabilmektedir. Hastanın içinde olduğu krizdeki duygu durumu çoğu zaman paniklemiş, kendini yalnız veya yardıma muhtaç hissetmiş ya da aşırı etkilenerek günlük yaşamsal aktivitelerini yapamaz hale gelmiş bir halde olabilmektedir. Hasta bir şekilde hayatını devam ettirebilmek için profesyonel yardıma ihtiyaç duyabilmektedir. Diğer taraftan aile hekimleri günlük sağlık hizmeti sunumu pratiğinde bu tür durumlara hazırlıklı olmadığını yapılan bazı çalışmalarda belirtmişlerdir[52]. Aile hekimleri bu konularda daha çok eğitime ihtiyaç duymaktadırlar. Tıbbi pratiklerine bu tür post-travmatik durumlara karşı pratik yaklaşımları da eklemek istemektedirler.

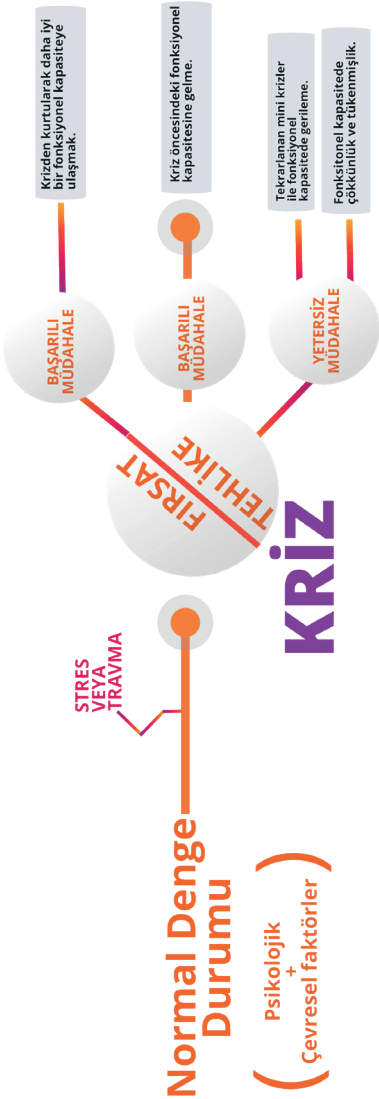
İşte tam burada aile hekimliği disiplininin önemli kaynaklarından biri olan Rakel Aile Hekimliği kitabında "Krizlere

Yaklaşım Modülü" kolayca uygulanacak şekilde tasarlanmış ve hem teorik hem de pratik yaklaşım şematik bir şekilde gösterilmiştir (Şekil 8).

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

1. Hastanın ya da afetzedenin toparlanıp iyileşeceğine dair umudunu ortaya çıkarmak,
2. Anında etkin bir tedavi sunmak,
3. Hastanın bir an önce normal günlük aktivitelerini yapabilecek düzeye geri dönmesi için onu cesaretlendirmek ve teşvik etmek şeklindedir [52].

Normal şartlarda bir krizden hastanın 6 hafta içinde kurtulması beklenir. Bazen bu süre krizin şiddetine, ciddiyetine, krize verilmiş olan kişisel reaksiyona, toplumun krizden etkilenme düzeyine göre veya destek mekanizmasının çalışma durumuna göre değişebilmektedir[52].



Şekil 8: Krizlere Yaklaşım Modülü[52]

Burada kişi girmiş olduğu krizden; ya daha çok depresyona veya tükenmişliğe girmiş ya da geçirmiş olduğu olaydan ders alarak daha da olgunlaşmış bir şekilde çıkabilir ya da bunların arasındaki bir seviyede kalabilir[52].

Bireylerden oluşan toplumun da aynı şekilde bu döngüye sahip olması kaçınılmazdır. Yani toplumsal kalkınmanın da merkezinde aslında bu krizlere yaklaşım modülü rol oynamaktadır. Her bireyin, toplumun ruh sağlığını da etkileyen böylesi bir krizden etkilenme düzeyini azaltmak, krizi yönetmek ve baş edebilme kapasitesini artırmak ancak profesyonel sağlık gücünün yardımıyla olabilmektedir. Burada bu sağlık gücünün önemli bir bileşeni olarak hastalarıyla "boylamsal, kapsamlı, bütüncül ve kişi merkezli yaklaşımıyla" etkin bir iletişim içinde ve güven ilişkisine sahip bulunan aile hekimlerinin devreye girmesi beklenmektedir[3]. "Toplum yönelimli" olan aile hekimlerinin krize yaklaşım modülünü öğrenmeleri ve günlük pratiklerine kazandırmaları birey ve toplum sağlığı için oldukça önemlidir[53].

Afet sonrasındaki post travmatik stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu, yas dönemi gibi ruhsal durumu etkileyen birçok psikososyal durum açısından aile hekimlerinin donanımlı olması beklenmektedir[54]. Ayrıca afet sonrası psikolojik ilk yardım konusunda hazırlanan kılavuzlar yardımıyla hareket etmeleri de beklenmektedir[55]. Kısacası aile hekimlerinin afet sonrası oluşturulacak psikososyal destek mekanizmalarının önemli bir paydaşı olacağı şüphesizdir.

Böylelikle aile hekimleri yine bir çekirdek yeterliliği olan "sağlık ve iyilik halinin teşviki" ile hastalarının daha az zarar görebilir bir yapıya kavuşmasını sağlayabilir ve hastalarını daha dirençli kılabilir. Afet yönetimi terminolojisi ve ifadesi ile afetlere karşı koyacak bireylerin ve toplumların "kapasitelerinin artırımına" ve afetlerden "kalkınarak" çıkmasına ciddi katkılar sunabilir. Aile hekimlerinin bireylerden başlayan profesyonel

dokunuşu ile toplumların ve dolayısıyla devletlerin kalkınmasına ve afetzede ülkelerin sürdürülebilir bir afet yönetimine kavuşmasına zemin hazırlanabilir. Böylelikle bir sonraki afetin daha dirençli bir şekilde karşılanması sağlanabilir.

9

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE VERİ SETİ REHBERİ

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan bu örnek niteliğe haiz rehber, birinci basamakta çalışanlara önemli bilgiler vermektedir. İş akış şemaları ile birçok konuda izlenecek yollar izah edilmektedir. Bu konular arasında;

"**1. Toplum Sağlığı Merkezleri ile Aile Sağlığı Merkezlerinin İlişkileri**
2. Kadın ve Üreme Sağlığı ile Çocuk ve Ergen Sağlığı Hizmetleri
3. Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklara Yönelik Hizmetler
4. Zoonotik ve Vektörel Hastalıklara Yönelik Hizmetler
5. Çevre Sağlığı Hizmetleri
6. Halk Sağlığı Laboratuarı Hizmetleri
7. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlara Yönelik Hizmetler
8. Ruh Sağlığı Hizmetleri
9. Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler
10. Okul Sağlığı Hizmetleri
11. Çalışan Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Hizmetler
12. Tütün ve Zararlarını Önlemeye Yönelik Hizmetler
13. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri
14. Sağlık Eğitimi Hizmetleri"

gibi toplamda birinci basamak hizmetlerini ilgilendiren 14 konunun üstünde durulmaktadır. Bu konular üzerinde detaylandırılmış görev tanımları mevcut olup bu görevlerin nasıl ve kimlerle beraber yapılması gerektiği belirtilmektedir. Metinler, şekiller ve şemalarla da zenginleştirilerek iş akışı ve iş

tanımı güzel bir şekilde gösterilmektedir. Ayrıca bu tanımlara göre yapılan işlerin kayıt altına alınıp veri havuzu oluşturulması ve bu verilerin uluslararası standartlarla denetlenmesi hedeflenmektedir [56].

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

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

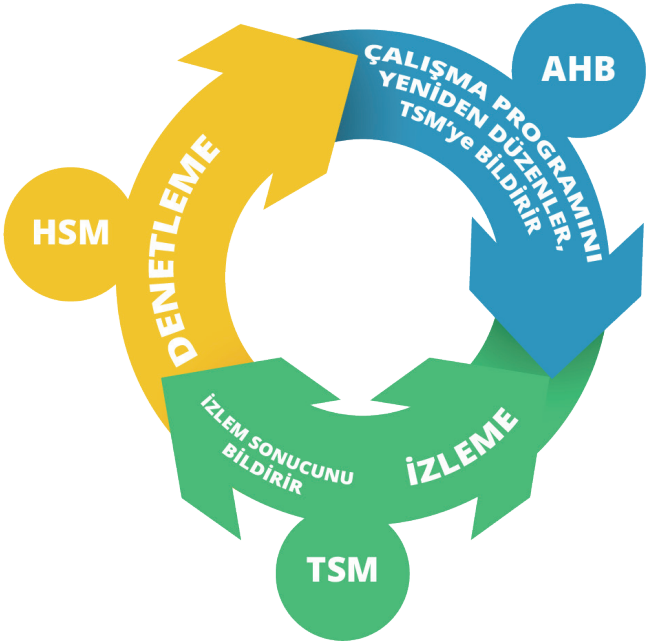
Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş sunumunda, hizmetlerin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılabilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici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

Sağlık hizmet sunumunun planlanabilmesi, sağlık çalışanlarının görevini başarı ile yerine getirebilmesi, her düzeydeki karar alıcıların etkin ve akılcı kararlar alabilmesi, sağlık hizmeti alanların, eşit, etkin, verimli, süreklilik arz eden, kapsamlı, gereksinimlerine yanıt veren, seçim şansı tanıyan ve ihtiyaç duydukları konularda diğer birimlerle işbirliği sunan bir sağlık hizmetini alabilmesi; güvenilir verilere ve bu verilerin uygun bir şekilde izlenmesi, değerlendirilmesine bağlıdır[56]."

9.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İşleyişi

"Aile hekimi, aylık çalışma programını düzenleyip TSM' ye

gönderir. TSM programı değerlendirip kendi görüş ve önerilerini de katarak Halk Sağlığı Müdürlüğüne ***(HSM) (yeni adı ile Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığına)*** *bildirir. TSM, aile hekimliği biriminin çalışmalarını izleyip HSM'ye raporlar. HSM programa uyumu denetler [57]"*(Şekil 9).



Şekil 9: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İşleyiş Şeması[57]

İlgili rehber eski sağlık yapılanması üzerine inşa edildiğinden günümüzdeki sağlık yapılanması ile karıştırılabilecek bazı birimlere de değinilmiştir. Şekil 9'da bahsedilen HSM günümüzde İl Sağlık Müdürlüğünün çatısı altında hizmet vermekte olan Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığıdır. İsimler az farklar ile değişse de genel yaklaşım çerçevesi aynıdır. Daha da eskiden birden fazla kurum ile birinci basamak sağlık hizmetleri verilmiştir. Şimdi ise yani 5 Şubat 2015'te yayınlanan 29258 sayılı Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'nin 4. Bölümünde "Birim açılması" başlığı altındaki Madde 38'de ifade edildiği üzere; *"Toplum Sağlığı Merkezi bünyesinde Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP), Verem Savaş Dispanseri (VSD), TSM İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG), Diyabet ve Obezite, Hemoglobinopati Tanı, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Sıtma ile Mücadele, Sağlık Evi bağlı birimler"* şeklinde açılabileceği belirtilmiştir[35]. Yani sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında devreye giren Aile Hekimliği Uygulaması ile temel sağlık hizmetlerinin artık 3 ana başlık altında yürütüleceği öngörülmektedir (Şekil 10).

Şekil 10: Türkiye'deki Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'ni Sunan Birimler

Bu şekilden de anlaşılacağı üzere temel sağlık hizmetleri Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde birleşen TSM ile ASM bünyesindeki Aile Hekimliği Birimleri (AHB) tarafından ve İl Sağlık Müdürlüğü çatısı altındaki 112 Acil Sağlık Sistemi ile yürütülmektedir. Yani temel sağlık hizmetlerinin 3 ana sacayağı üzerine kurulmuştur[58].

Bu da eskiden birinci basamak sağlık hizmetleri konusu altındaki birçok kurumun artık bulunduğu yörenin şartlarına göre gerekli görülürse TSM bünyesinde bağlı birer birim olarak görev yapmasının planlandığını göstermektedir. Ayrıca bu birimlere eskiden olmayan başka yeni birimlerin de tanımlanarak eklendiği görülmektedir[35].

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

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

Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri ile ilgili hedefler ve stratejilerden Hedef 1. 3'te *"Acil sağlık hizmetleri ve afetlerde sağlık yönetimini; acil hallere, afetlere ve tehditlere karşı geliştirmeye devam etmek, zamanında etkili ve verimli bir şekilde ihtiyaca cevap verecek durumda tutmak"* şeklinde ifade ettiği görülmektedir[59].

Bu hedefe ulaşmak adına bazı görev tanım şemaları çizilmiş ve bazı şekillerle bu konu irdelenmiştir. Ayrıca birinci

basamakla alakalı mevzuatlardan yararlanılarak bu konunun değişik yönleriyle ele alındığı görülmektedir.

Nitekim **Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'de** bu konu hakkında düzenlemeler vardır.

Acil sağlık hizmetleri

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

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

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

Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri

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

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

Afet hizmetleri

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

Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki

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

Sağlık eğitimi hizmetleri

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

gesinde bulunan sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri için, seminer, bilimsel tartışma ve bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikler yapar, gerekirse personelinin diğer kurumlardaki eğitici etkinliklere katılmalarını sağlar [8].”

Yönergede görüldüğü üzere nitelikli sağlık hizmetlerinin devamlılığı açısından toplum sağlığı merkezleri önemli bir görevde bulunmaktadırlar. TSM’nin, İl Sağlık Müdürlüğü ile beraber yaptıkları planlamalarında kendi ilindeki hastanelerin yanında 112 acil sağlık hizmetleri istasyonları, 112 komuta kontrol merkezi ve aile hekimleri ile birlikte hareket etmesi istenmektedir. Bu planın uygulaması sürecinde TSM’lerin koordinatörlüğünde ASM işbirliği ile TSM, eğitim faaliyetlerini yürütür[60]. Özellikle bölgesinde ASM’ler ölçeğinde risk ve kaynak analizi yaparak afet planının hazırlanması ve uygulanması aşamalarında bulunur[60]. Tüm bu hizmetlerin halk sağlığı açısından büyük öneme haiz olduğu aşikârdır. Afet planının uygulanması dendiğinde bir afet anındaki tedavi edici hizmetler de anlaşılmaktadır[1]. Burada aile hekimlerine büyük işler düşmektedir.

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

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

Bu rehbere göre ASM'lerin (Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanının) görevleri (gerek asli görev olsun, gerekse de yardımcı, yani işbirliği yapılması gereken kurum ve kişi olarak) şu şekildedir:

9.2. Afet Öncesi Dönemde

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

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

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

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

Afet öncesi döneme dair aile hekimliği birimlerinin iş akış şeması Şekil 11'de verilmektedir.

Şekil 11: Afet Öncesi İş Akış Şeması[1]

9.3. Afetin Olduğu Dönemde

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

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

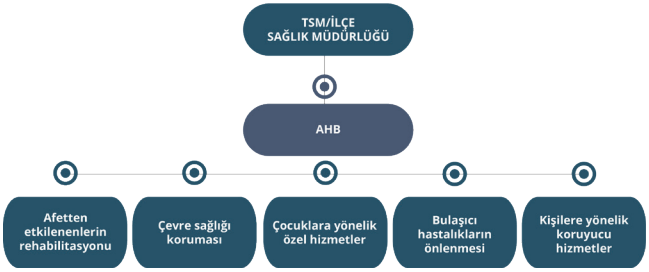
2. İlçe Sağlık Müdürlüğü afet planı doğrultusunda alternatif su kaynağı temini, aş evleri kurulması, atıkların toplanması ve bertaraf edilmesine yardımcı olur.

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

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

9.4. Afet Sonrası Dönemde

Afet sonrasındaki döneme dair aile hekimliği birimlerinin iş akış şeması Şekil 12’de verilmektedir.



Şekil 12: Afet Sonrası İş Akış Şeması[1]

“Afet sonrasında normale dönüş sürecini hızlandırmak için:

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

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

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

4. Afet planı doğrultusunda Temel Sağlık Hizmetleri Servisi dâhilinde bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sorumlu olduğu nüfusu bilgilendirir, kişisel tedbirlerin alınmasını sağlar. Aşı,

ilaç ve tıbbi malzeme temini ve stoklamasını yapar.

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

Son olarak temel sağlık hizmetlerinin üç sacayağından bir diğerini de acil sağlık hizmetleri oluşturur. Bu hizmetler, bir afet için özellikle afetin ilk 72 saatinde önem arz etmektedir. Bu sürede 112 İl Ambulans Servisi’nin kendisinden acil çağrı aldığında, acil sağlık hizmeti sunmak için hastaneler ve tüm sağlık kuruluşları ile işbirliği sağlayarak mevcut alt yapı ve ilgili mevzuat doğrultusunda, acil müdahaleyi yapması, gerekiyorsa da uygun sağlık kurumuna nakletmesi istenmektedir. 112 Komuta Kontrol Merkezinden ise gelen çağrıyı değerlendirmesi ve gerekli ise uygun ekibi yönlendirmesi veya danışmanlık hizmeti vermesi istenir[1].

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

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

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

“Hastane Afet Planları (HAP) doğrultusunda afetten etkilenenlere her türlü tıbbi müdahaleyi yapar ve kayıtları tutar. HAP Sorumlusu HAP’ı devreye sokar ve uygular[1].”

10

AİLE HEKİMLİĞİ VE PANDEMİ YÖNETİMİ

Aile hekimliğinin pandemilerde rolüne geçmeden önce bu konu ile ilgili ulusal yapılanmalardan bahsedilecektir. Birçok paydaş ile pandemilere hazırlık, müdahale ve sürveyans çalışmaları yapılmaktadır. Bu paydaşların en önemlisi salgın hastalıklar olması hasebiyle Sağlık Bakanlığı'dır. Merkezi yapılanmanın en önemli birimi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü çatısı altında hizmet vermekte olan Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı'dır. Daire başkanlığının mevzuattaki görev tanımı ise şu şekildedir:

•" Bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik programlar geliştirmek ve bu programların yürütülmesini sağlamak.

•Bulaşıcı hastalıklarla ilgili verilerin toplanması, analizi, geri bildirimlerinin düzenlenmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili çalışmaları yürütmek.

•Antimikrobiyal direncin, kontrolüne yönelik faaliyetler ile sürveyansına ilişkin iş ve işlemleri yürütmek.

•Sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonlara yönelik sürveyans çalışmasını yürütmek.

•Görev alanıyla ilgili diğer sürveyans çalışmalarını yürütmek.

•Bulaşıcı hastalık salgınlarının kontrolüne yönelik faaliyetleri yürütmek.

•Görev alanına giren konularda halka ve sağlık personeline yönelik eğitim programları ve materyallerin geliştirilmesini sağlamak, sağlık personeli eğitimlerini yürütmek.

•Belirli hastalıkların kontrolü ve tedavisine yönelik ilaç ve malzeme ihtiyacını belirlemek.

•Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nde (2005) ifade edilen Ulusal Odak Noktası'nın sekretaryasını yürütmek.

•Toplum sağlığını tehdit etme potansiyeli bulunan olaylarda;

1) Biyolojik, çevresel, kimyasal, radyolojik ve nükleer olaylar ile kaynağı bilinmeyen ve toplum sağlığını tehdit etme potansiyeli taşıyan diğer olaylarla ilgili veri ve bilgileri kurum ve kuruluşlardan toplamak, doğrulamak, seçmek, önceliklendirmek, analiz etmek, risk yönetimi ve izleme faaliyetleri ile yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeyde yayılmasını önlemek veya kontrol etmek.

2) Kontrol tedbirlerinin alınmasıyla ilgili tavsiyelerde bulunmak, gerektiğinde kontrol tedbirlerinin alınmasını sağlamak ve koordine etmek.

•Risk yönetimi faaliyetlerinin sektörler arası iş birliği ile yürütülmesini sağlamak.

•Erken uyarı bilgilerini ilgili taraflara iletmek, sonuçlarıyla ilgili geri bildirimde bulunmak.

•Uluslararası ve ulusal standartlarda saha epidemiyolojisi eğitim programları hazırlamak, uygulamak ve izlemek.

•İleri epidemiyolojik analizler ve saha araştırmaları yapmak, yapılmasına katkıda bulunmak.

•Erken Uyarı-Cevap ve Saha Epidemiyolojisi konularında ulusal ve uluslararası bilimsel kurumlarla iş birliğini koordine etmek. m) Genel Müdürlük içindeki tüm birimlere epidemiyoloji alanında destek sağlamak.

•Faaliyet alanlarıyla ilgili eğitim, kongre, sempozyum, panel, çalıştay, seminer vs. etkinlikleri düzenlemek ve düzenlenen ulusal ve uluslararası etkinliklere katkı sağlamak"[61].

Türkiye'de ulusal bir yanıt verebilmek adına pandemi hazırlık ve planlamalarına 2004 yılından itibaren başlanılmıştır. Türkiye'nin olası pandemiler için sürveyans programları güçlendirilerek, birçok kurumdan alanında uzmanların, akademisyenlerin ve Bakanlık temsilcilerinin katıldığı Pandemi Hazırlık Planı tamamlanmış ve 2006 yılında Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. Ayrıca bu plana göre İl Pandemi Planları da oluşturulmuş ve aynı sene içinde tüm şehirlerin katıldığı

Pandemi Plan Tatbikatı ile sürecin yönetimi test edilmiştir. Daha sonra 2009 yılındaki A(H1N1) pandemisinden WHO, Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi ve birçok ülke tecrübesinden yararlanılarak gerekli düzenlemeler ve öneriler dikkate alınmış ve COVID 19 pandemisi öncesinde 2019 yılında Pandemi Hazırlık Planı Hazırlama Komitesi tarafından Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı güncellenmiş ve nihayete erdirilerek raporlanmıştır [62]. Bu rapor, sonrasında ilgili paydaşların bilgisine sunulmuştur.

Bu plan çerçevesinde Ulusal Pandemi Danışma Kurulu oluşturulmuş ve Sağlık Bakanlığına bağlı birçok genel müdürlük ve daire başkanlığının bu kurulda üye olarak temsilciler bulundurması kararlaştırılmıştır. Buna göre Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile beraber Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı da üyelerden biri konumundadır.

Ayrıca her ilde "İl Hazırlık ve Faaliyet Planı Hazırlama Komitesi" oluşturulmuş ve bu komite ilgili kurumlarla koordineli bir şekilde il planının hazırlanmasından sorumlu tutulmuştur. Bahsi geçen Komitede yer alacak birim temsilcileri belirlenmiş ve İl Sağlık Müdürlüğünde bulunan Aile Hekimliği Birimi Sorumlusunun da bu komitede yer alması planlanmıştır. Ayrıca ilin yapısına göre değişmekle beraber bu planın hazırlanması sürecinde iletişime geçilecek ve planlamaya dâhil edilecek kuruluşların arasında "aile hekimleri derneği, uzmanlık dernekleri" gibi gönüllü kuruluşların temsilcilerinin bulunması ilgili raporda önerilmiştir [62].

İl planlaması sonrasında oluşturulacak "İl Operasyon Merkezi" nin Görev ve Sorumlulukları arasında "Sürveyans Birimi" de tanımlanmıştır. Bu birim için tanımlanan görev ise şu şekildedir: "İldeki pandemi ile ilgili tüm verilerin toplanması, analiz edilmesi, değerlendirilmesi, gerekli birimler ile paylaşılması ve ihtiyaçların saptanmasında görevlidir. Pandeminin ildeki boyutu ve topluma etkisini değerlendirir. İldeki yatak,

morg, mezarlık, defin vb. kaynakların kapasitesini değerlendirir ve planlanmış ek kaynakların ihtiyaç halinde kullanıma sunulmasını sağlar. Pandemiye özel planlanmış sevk zinciri ve triyaj uygulanacak yerleri planlar ve duyurur. İldeki aşı, ilaç ve diğer tıbbi malzemelerin takibini yapar. İl genelinde kullanılacak olan laboratuarların kapasitesini değerlendirir. Eğitim kurumlarındaki devamsızlıkları takip eder ve değerlendirir [62]."

Bu Sürveyans birimi ile; sınırlı sayıda belirlenmiş noktalardan rutin olarak sistematik veri toplanması hedeflenmiş ve gerçek zamanlı ve etkin bir biçimde yüksek kalitede veri toplanabilen bir tür sürveyans metodu olan "Sentinel İnfluenza Sürveyansı"nın yapılması sağlanmıştır. Bu surveyans da sahada birçok ildeki seçilmiş aile hekimleri tarafından yapılmaktadır. Bunlar; ülkemizin farklı bölgelerinden seçilmiş 21 ilde (Adana, Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Edirne, Erzurum, İstanbul, İzmir, Kars, Kocaeli, Konya, Malatya, Muğla, Samsun, Sivas, Şanlıurfa, Tekirdağ, Trabzon, Uşak, Van) yürütülmektedir. İstanbul'da 20, diğer illerde 10 aile hekimi olmak üzere toplam 220 aile hekimi bu sistemde aktif olarak görev almaktadır.

Bu aile hekimleri "her hafta kendilerine başvuran ve vaka tanımına uyan en az bir hastadan numune almakta ve hasta bilgilerini HSYS İnfluenza Modülü'nde yer alan İnfluenza Vaka Bilgi Formu'na doldurmaktadır."

Ulusal pandemi planına göre "diğer ülkelerde influenza pandemisine sebep olabilecek virüs alt tipi ortaya çıktığında" neler yapılacağına dair detaylı bir iş akış şeması da oluşturulmuştur. Bu iş tanımlarından biri de; "Vakaların başvurabileceği aile hekimleri, enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, kulak burun boğaz, çocuk sağlığı ve hastalıkları, iç hastalıkları, acil, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları vb. klinisyenler vaka yönetim algoritması ve sürveyans gibi konularda tekrar bilgilendirilmelidir" şeklinde belirtilerek aile hekimlerinin ilk temas noktası olması hususu dikkate alınmıştır [62].

Diğer taraftan "İldeki Kurum ve Kuruluşların Pandemi Planlarının Yapılması" adlı başlığın altında "Sağlık İlişkili Kurum/ Kuruluşların Planları" çerçevesinde daha önce ilgili raporda "İlçe sağlık müdürlükleri veya toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, sağlıklı hayat merkezleri ve iş yeri hekimleri, tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin tümü" şeklinde tanımı yapılan "Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar" için ayrı bir pandemi faaliyet planı hazırlanmayacağı belirtilmiş ancak il planlarında buna yönelik hizmetlerin planlamasının yer alacağı ifade edilerek il planlaması içinde bütüncül bir yaklaşım içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi istenmiştir.

Ayrıca daha önce kitabımızda ayrı bir bölüm başlığı altında sunulan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi"nde "Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklara Yönelik Hizmetler" ayrı bir bölüm olarak sunulmuştur. Bu bölümde birçok salgına sebebiyet verebilecek olan onlarca bildirimi zorunlu olan hastalıkların detaylı bir şekilde sınıflandırılması yapılmış ve bu sınıflandırmaya göre yapılacak işler ve bu işlerin sorumlularının kimler olduğu ve nerede nasıl yapılması gerektiği iş akış şemaları ile birlikte verilmiştir [63]. Buna ilaveten 1981'de ilk olarak devreye giren "Genişletilmiş Bağışıklama Programı'na" detaylı bir şekilde değinilmiş ve aşılama programının ehemmiyetinden bahsedilmiştir.

İlgili bölümün girizgahında bahsedilen *"Küreselleşen dünyada artan serbest dolaşım ile sınırların neredeyse bir önemi kalmamış; bir ülkede ortaya çıkan hastalık diğer ülkelerin de sorunu hâline gelmiştir. Bu noktada uluslararası sürveyansın başarısının, ulusal sürveyans sistemlerinin iyi olmasına bağlı olacağı açıktır."* şeklindeki kapsam yaklaşımının ne kadar doğru olduğu yaşadığımız COVID-19 pandemisi ile bir kez daha görülmüştür.

Bu bölümde özellikle toplum sağlığı merkezlerinin (TSM)

önemine şu şekilde vurgu yapılmıştır:

"Bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede aşılar, antibiyotikler, teşhis yöntem ve araçları şüphesiz vazgeçilmezdir. Fakat, bulaşıcı hastalıklarla ilgili veriler zamanında ve yeterli şekilde toplanamazsa ne erken dönemde hastalığın ortaya çıktığı fark edilebilir; ne etkili önlemler alınabilir; ne de alınan önlemlerin yeterliliği değerlendirilebilir. Bu nedenle sürveyans sistemleri ve sürveyans sisteminin temelini oluşturan TSM'ler bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin en önemli bileşenidir."

Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar ile ilgili merkezi teşkilatlanmanın nasıl olduğuna dair bilgilere yazımızın başında değinmiştik. Bu rehberde ise salgınlar ile mücadelede taşra teşkilatının nasıl yapılandırılması gerektiği Şekil 13'de gösterilmiştir. Buna göre TSM'lerin sahadaki en önemli yardımcılarının ASM'lerdeki aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının olduğu görülmektedir [63].

Şekil 13. Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Taşra Teşkilatı Yapılanması

Ayrıca bu bölümün sonunda "Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklara Yönelik Hizmetler; İş Tanımı Ana Hatları" başlığı altında salgınlar ile mücadeledeki yapılması gereken faaliyetler toplu bir şekilde verilmiştir. Özet mahiyetinde olan bu yaklaşımı aynen aşağıda vermekteyiz:

*"THSK bünyesinde kurulan **Erken Uyarı-Cevap ve Saha Epidemiyolojisi Daire Başkanlığı** ile Bulaşıcı hastalıklar ile ilgili "erken uyarı ve yanıt sistemi" nin devreye girmesi ve olası salgınlara önceden müdahale ederek salgın oluşmasının önlenmesi amaçlanmaktadır. Bildirimler "Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi standart tanı, sürveyans ve laboratuvar rehberine" uygun ve ek olarak her hastalık ve sendromlarla ilgili hazırlanan ön filyasyon raporları ile birlikte elektronik ortamda gerçekleştirilmelidir. Bildirimler 1. 2.ve 3. Basamak kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yapılmalıdır. Bildirimler elektronik ortamda HSM'ler, TSM'ler ve kişinin bağlı bulunduğu AHB tarafından değerlendirilir. TSM tarafından değerlendirilen ön filyasyon raporları ve bölgedeki aynı hastalıkla ilgili diğer bildirimler grafik ve harita üzerinde kontrol edildikten sonra hastalık ile ilgili olarak epidemiyolojik değerlendirme ve çalışmalara başlanır. HSM ve TSM'ler sahada yapacakları filyasyon çalışmalarında ilgili kurum ve AHB'ler ile işbirliği yaparlar.*

***Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi:** "Halk sağlığı riskleri ile sınırlı ve uyumlu olacak şekilde bir hastalığın ulusal ve uluslararası düzeyde yayılmasının önlenmesi, korunulması, kontrol edilmesi ve bir halk sağlığı müdahalesi başlatılması" olarak tanımlanmaktadır. Hastalıklara salgın haline dönüşmeden müdahale etmek ve yayılımını önlemek için HSM ve TSM'ler günlük olarak verilerin incelemesini yapar. Bildirimler ICD 10 kodlamalarına göre yapılır ve bu kodlamalar üzerinden gerekli analizler yapılır.*

***Numuneler ile ilgili düzenlemeler:** Uygun numune alımı ve transferinin sağlanması için TSM ve HSM'ler numunenin alınacağı sağlık birimleri ile iyi bir iletişime geçmesi gerekmektedir.*

Bu işlemler için eğitilmiş personel bulundurulmalıdır. TSM ve HSM'ler tarafından numune alımları, saklanması ve nakilleri "Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi standart tanı, sürveyans ve laboratuvar rehberine" ve ilgili saha rehberine uygun şekilde gerçekleştirilir. Numune sonuçları ileri ve geri bildirim şeklinde raporlanır.

Aşı ile önlenebilir bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasının ve yayılımının önlenmesi amacı ile TSM'ler, AHB, hastaneler ve özel sağlık kurumları tarafından rutin aşı uygulamaları yapılır ve elektronik ortamda kayıt altına alınır. Bu aşı uygulama çalışmaları yapılırken, özel sağlık kurum ve kuruluşları, il/ilçe Milli Eğitim Müdürlüğü, Diyanet İşleri Başkanlığı, Yerel Yönetimler (belediye), İşyeri hekimleri, Silahlı Kuvvetler vb. ile işbirliği yapılır. Bağışıklama çalışmaları GBP Genelgesi kapsamında belirlenen şekilde yapılır.

***Lojistik hizmetleri:** Verilen sağlık hizmetinin optimal koşullarda ve kesintisiz yürütülmesini sağlamak amacı ile belirlenen ihtiyaçların temini yerine getirilir. Bu lojistik ihtiyaçlar temin edilirken, THSK, HSM, TSM ve AHB'ler sürekli olarak birbirleri ile işbirliği içerisinde olmalıdır.*

***İzleme değerlendirme çalışmaları:** Verilen sağlık hizmetinin standardize edilmesi, durum saptama, uygun planlama ve uygun yanıt geliştirme için çalışmalar yapar. Bu çalışmalar yapılırken THSK, HSM, TSM ve AHB'ler sürekli olarak mevcut verilerin analizlerini yapar ve birbirleri ile işbirliği içerisinde olmalıdır.*

***Eğitim çalışmaları:** Eğitim ile sağlık personelinin bilgilerinin güncellenmesi, bulaşıcı hastalıkların yayılımının önlenmesi, sağlık risklerinin saptanması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, birey ve toplum duyarlılığının artırılması ve uzun vadede davranış değişikliği oluşturulması amaçlanmalıdır. Bu eğitim çalışmaları rutin hizmet içi eğitimler şeklinde ya da ihtiyaç saptanması halinde ve olağanüstü durumlarda yazılı veya sözlü olarak yapılır. Bu eğitim çalışmaları THSK, HSM, TSM ve AHB'ler tarafından ilgili personele uygulanır [63]."*

Görüldüğü üzere pandemilerde aile hekimliği birimlerine birçok iş tanımı verilmiş ve aile hekimlerinin bu mücadelenin ana hatlarının neredeyse her yerinde yer aldığı anlaşılmıştır.

Tüm bu bilgiler ışığında pandemi döneminde ve salgının sonuna kadar aile hekimlerinin tüm ilgili paydaşlar ile belirli bir plan ve koordinasyon içinde hazır bulunması gerekmektedir. Vakaların tespiti, izolasyonu, filyasyonu, güncel tedavi protokollerinin takibi ile vaka takibi, triaj uygulaması, sevk işlemlerinin gerçekleştirilmesi, aşılama hizmeti, salgından korunma faaliyetleri, izleme değerlendirme için verilerin analizi, eğitim çalışmaları, halkın bilinçlendirilmesi, telesağlık uygulaması ile evde vaka takibi ve acil olmayan ve yerinde izlem gerektiren tüm tarama ve takiplerden hangilerinin pandemi sonrasına ertelenmesi gerektiği ile ilgili önceliklerin belirlenmesi gibi birçok hizmeti aile hekimlerinin biliyor olması ve yerine getirmesi gerekmektedir [64].

Kısacası "Pandeminin kontrol altına alınabilmesi" birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin pandemi sürecine entegrasyonu ile mümkün görünmektedir. Buna en iyi örnek hali hazırda yaşıyor olduğumuz COVID-19 pandemisidir. Aile hekimleri yukarıda sayılan tüm sağlık hizmetlerinde, bulunduğu alandaki tüm sağlık çalışanları ile beraber özverili bir şekilde bu hizmeti sürdürmektedir. Pandemiler gibi afet yönetim sürecinin tüm dönemlerinin aynı anda yönetilmesinin gerektiği afetlerde, aile hekimleri üzerine düşen görevleri yapmakta ve ulusal çaptaki yaygın yapılanması ile salgınla mücadelenin bel kemiği olarak hizmetlerini fedakârca yürütmektedir.

11

AFET ETİĞİ VE BİRİNCİ BASAMAK UYGULAMASI

Tıp Etiği herhangi bir durumun veya eylemin iyi ya da kötü; doğru ya da yanlış olup olmamasıyla ilgili sorgulamaların çözümlemelerine yardımcı olan bilimsel bir disiplindir. Biyoetikte genelde ifade edilen 4 temel esas vardır. Bunlar; yararlı olma, zarar vermeme, adil olma ve özerkliğe saygı ilkeleridir[65].

Afet etiğinde ise bu ilkelerden "Yarar Sağlama" ilkesi, triyaj yaklaşımında biraz daha ön plana çıkmaktadır. Buna göre yapılan eylem(ler)in en çok sayıda hastaya, beklenilen en büyük iyiliği temin etmesi istenir. Aslında bu tanım sağlıkta afet yönetimindeki hizmetlerin ve çalışmaların ana amacını da tarif etmektedir. Dolayısıyla bir afette hekim bu yararcılık yaklaşımı ile kendini haklı çıkarabilir ve vicdani olarak huzura kavuşabilir [23].

Yoksa önceden tahmin edilemeyen akut bir olayda, elindeki kıt tıbbi kaynaklarla, en hızlı bir şekilde, birçok sayıdaki sağlık hizmeti ihtiyacı olan afetzedelerin gereksinimlerine vereceği yanıt konusunda dengesizlikler yaşayacaktır. İcra etmiş olduğu mesleğinin yanlış düşünce, kaygı, istek veya zorlamalar karşısında, etiksel yaklaşımdan uzak kalması onu rahatsız edecektir. Böylelikle kendisinin de yaşadığı ve içinde bulunduğu afetle beraber, o ağır duygusal yoğunluk karşısında çökkün bir hale girmesi kaçınılmaz olacaktır[23]. Bu durumda kendisine en çok ihtiyaç duyulan zaman diliminde varlığını ortaya koyamayacaktır. Birçok yardım bekleyen yardım alamayacak, afet yönetilememiş olacaktır.

Ayrıca "Adalet" ilkesi gereği hizmet alma hakkı herkes için olabildiğince ulaşılabilir olmalıdır [66]. Adil tedavi gereği herkese benzer tedavi uygulamak yerine yeri geldiğinde kişilerin ihtiyacı oranında gerekli farklı tedaviyi de sunmak önemlidir [23].

Diğer taraftan üçüncü şahıslarla muhatap olurken afetzedenin mahremiyetine, özerkliğine de saygılı olunması gerekmektedir. Bu üçüncü şahıs bazen kendi yakını olabildiği gibi bazen de kitlelere hitap edebilen bir medyanın veya bir kurumun bir temsilcisi de olabilir. Böylesi bir durumda yani afetzedenin onamı alınmadan yapılacak her türlü açıklama, kişinin bazen daha fazla travma yaşamasına sebep olabilir. Hatta bazen hasta yerine hasta yakınlarının kararları ve talepleri ön plana geçebilir ve bireyin özerkliği ciddi bir şekilde yara alabilir. Nitekim afetzedenin kendisini birey yapan, özelleştiren kültürü, dili, dini veya düşüncesi gibi unsurları da saygıya değer özerkliklerdir. Her ne durumda olursa olsun bu husus geçerlidir. Afet durumunda zaten incinmiş olan bireyin bu konu hakkında daha bir hassas olabileceği unutulmamalıdır. Hekim de bu hassasiyete dikkat etmelidir. Yas tutması döneminde afetzede, bu sürecini yönetebilmesi adına bu hususta dikkatli olan hekiminin desteğine ihtiyaç duymaktadır [23].

Dolayısıyla afet öncesinde hekim, kendisini bu tür acil durumlara hazırlamalıdır. Diğer tüm afet planı konularında olduğu gibi afetin etik yaklaşımlarında da hekim kendisini eğitmeli ve hazırlıklı olmalıdır. Aile hekimleri de üzerine düşen görevi yaparken bu etik ikilemlerde kalmamak adına bu konuda kendisini yetiştirmesi gerekmektedir. Nitekim Dünya Tabipler Birliği, 1994 yılında Stockholm'de Felaket Olayında Tıp Ahlak Kuralları adlı bildirgesinde bu konunun üstünde durmuş ve etik tutum açısından bazı önerilerde bulunmuştur [67]:

"46'ıncı Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda benimsenmiştir. / Stockholm, İsveç, Eylül 1994

1. Bu belgenin amacı yönünden bir felaketin tanımı özellikle tıbbi konulara odaklanmaktadır.

Felaket, genellikle ani ve şiddetli olan, büyük oranda maddi hasar, insanların ve/veya afetzedenin ve/veya toplumun önemli tahribi veya bunların tümü ile sonuçlanan bir felaket olayının ani olarak meydana gelmesidir. Bu kapsamdaki tanım bu yazıda değerlendirilenlere ek olarak diğer problemlere yol açan uluslararası veya iç kökenli çatışma ve savaş durumlarını içermez. Tıp açısından felaket durumları, belirli bir zaman dönemi içerisinde, tıp mesleğinin kapasite ve kaynakları ile afetzedelerin veya sağlığı tehdit altında olan insanların ihtiyaçları arasında akut ve önceden görülemeyen bir dengesizlikle karakterizedir.

2. Doğal (deprem), teknolojik (nükleer veya kimyasal kazalar) veya kaza (tren kazaları) gibi felaketler, özel önlemler ortaya çıkaran birkaç özellikle karakterizedir:

a. Ani meydana gelmeleri çabuk şekilde eyleme geçmeyi gerektirir.
b. Normal koşullara göre düzenlenmiş tıbbi kaynakların yetersizliği: Büyük afetzede sayısı mevcut kaynakların mümkün olduğunca fazla yaşamı kurtarmak amacıyla en etkili şekilde kullanılmasını gerektirir.
c. Maddi hasar afetzedelere ulaşmayı zorlaştırır ve/veya tehlikeli hale getirir.
d. Çevre kirliliği ve epidemi riskleri sağlık durumuna olumsuz etkiler yapar.

Buna uygun şekilde, felaketlerde taşıma ve gıda desteğinden tıbbi hizmetler, güvenlik, yangın, ordu gibi hizmetlere kadar değişen, birçok farklı kurumları ilgilendiren çok

yönlü bir cevap gerektirir. Bu nedenle kamu ve özel çabaları koordine etmek için etkili ve merkezi bir otoriteye ihtiyaç duyulur. Kurtarma çalışanları ve hekimler duygusal olunan böyle bir olayda toplum tarafından talep edilen ahlaki gereksinimlerle, bir şekilde yüklenmek zorunda oldukları bireysel ahlak kuralları içerisinde kalmak gibi istisnai bir durum ile karşılaşır.

Önceden tanımlanmış olan ve öğretilen ahlaki kurallar hekimin bireysel ahlak kurallarını tanımlamalıdır.

Kısa zamanda oluşan yüksek sayıda yaralılara ve bölgeye yetersiz ve/veya hatalı tıbbi kaynak ayrılması özel bir ahlak problemini ortaya koyar.

Bu koşullar altında tıbbi hizmetleri sağlamak ahlaki konulara ek olarak teknik ve organizasyon da gerektirir. Dünya Tabipler Birliği, bu yüzden, felaket durumlarında hekimlerin rolü için aşağıdaki tutumları önermektedir.

3. Triaj

3.1 Triaj değişik sağlık durumlarındaki birçok afetzede ile sınırlı tedavi kaynaklarına bağlı birinci ahlaki problemi ortaya koyar. Triaj bir teşhis koymaya ve bir prognoz belirlemeye dayanan; tedavi ve müdahaledeki öncelikler konusunda bir tıbbi eylemdir. Hastanın yaşamı triaja bağlı olacaktır. Tıbbi ihtiyaçları, tıbbi girişim olanaklarını ve mevcut kaynakları hesaba katarak çabuk şekilde gerçekleştirilmelidir.

3.2 Triaj; yeterli personel tarafından desteklenen ve deneyimli bir hekim tarafından sağlanmalıdır.

3.3 Hekim; afetzedeleri aşağıdaki şekilde ayırmalıdır:
a) Kurtarılabilecek fakat yaşamları ani tehlikede ol-

mayan, basit bir tedavi gerektiren veya sonraki birkaç saat içerisinde öncelik taşıyan afetzedelerdir

*b) Yaşamları ani tehlikede olmayan ve ani tıbbi bakım gerek*tirmeyen fakat erken müdahale edilmesi gereken afetzedeler;

c) Daha sonra veya çalışanlar rahatladığı zaman tedavi edilebilecek, yalnızca küçük tedavi gerektiren yaralı kişiler;

d) Kişisel olarak ilgi gerektirmeyen fakat akut şekilde rahatsızlanırsa ikna edilmesi veya sakinleştirilmesi gerekebilen, ikna olma ihtiyacı duyan psikolojik olarak travmaya uğramış afetzedeler;

e) Radyasyona maruz kalma veya özel zaman ve yer şartlarında kurtarılamayacak derecede yanıkları olan veya çok uzun sürecek ve bu yüzden hekimlerin onlar ve diğer hastalar arasında bir seçime mecbur kalacağı özel bir ameliyat ihtiyacı olan kompleks cerrahi vakalar gibi son derece ciddi yaralanmaları olan, durumları mevcut tedavi kaynaklarını aşan afetzedeler. Bu sebeplerle bu afetzedelerin tümü "acil müdahalenin ötesinde" vakalar olarak sınıflandırılabilir. Felaket durumunda belirtilen öncelikler konusunda "yaralı bir kişiyi terk etme" kararı, "ölümcül tehlikede bir kişiye yardım konusunda eksiklik" olarak değerlendirilemez. En fazla sayıda afetzedeyi kurtarma niyeti taşıdığı zaman haklıdır.

f) Vakalar düzelebildiği ve böylece kategori değiştirebildiği için, triaj ile yükümlü görevlinin durumu düzenli olarak yeniden belirlemesi önemlidir.

3.4 a) Bir hekim için neye mal olursa olsun ümidin ötesindeki bir hastanın yaşamını korumakta ısrar etmek, böylece başka bir yerde gereken kaynakları harcamak ahlaki bir tutum değildir. Bununla birlikte, hekim, kişilerin yaşamlarının bu anına şefkat ve saygı göstermeli, örneğin onları diğerlerinden ayırarak ve uygun ağrı giderici ve sakinleştiriciler uygulayarak görevini yerine getirmelidir.

b) Hekim, mevcut yolları değerlendirerek kendi bilin-

cine göre davranmalıdır. Düzelme şansı olan ve en az morbidite ile sınırlı en yüksek sayıdaki ciddi vakaları kurtaracak tedavi önceliklerini ayarlamaya çalışmalı ve şartlar dolayısıyla ortaya çıkan sınırları kabullenmelidir. Hekim, çocukların özel ihtiyaçları olabileceği gerçeğine özel ilgi göstermelidir.

4. Afetzedeler ile ilişkiler

4.1 Afetzedelere verilen bakımın tipi ilk yardım ve acil tıbbi bakım olacaktır. Bir felaket olayında hekim yardım isteği beklemeden ve ayrım yapmadan her afetzedeye tıbbi yardım sağlamalıdır.

4.2 Kurtarılabilecek hastaları seçerken, hekim yalnızca acil durumları değerlendirmeli ve tıbbi olmayan ölçütlere dayanan diğer herhangi bir değerlendirmeye yer vermemelidir.

4.3 Afetzedeler ile ilişkiler, hastaların kendi çıkarını koruması gerektiğine saygı duyularak, mümkünse ani acil yardımda onaylarını alarak gerçekleşir. Bununla birlikte hekim, toplumun kültürel farklılıklarına kendini ayarlamalı ve durumun gereklerine uygun şekilde davranmalıdır. Mümkün olduğunca fazla yaşamı kurtarmak ve morbiditeyi gerçek minimum düzeye indirmek için duygusal bakımın yanı sıra teknolojik bakımı da içeren optimal bakım kavramları ile çalışmalıdır.

4.4 Afetzedelerle ilişkiler, hayatını yitirenler için yas tutulması gibi, teknik tıbbi davranışlardan oldukça ayrı olan, kişilerin psikolojik gerginliklerini kavrama ve onlara destek olma ile ilgili yönleri içerir. Bunlar afetzedelerin ve ailelerinin keder ve moral durumlarına saygı duymalı ve ayırım gözetmeden davranmalıdır.

4.5 Hekim geleneklere, dini kurallara ve afetzedelerin inançlarına saygı duymalı ve ayrım gözetmeden davranmalıdır.

4.6 Mümkünse karşılaşılan zorluklar ve afetzedelerin tespiti, tıbbi takip için rapor edilmelidir.

5.Üçüncü şahıslar ile ilişkiler

Hekim, basın ve diğer üçüncü şahıslarla diyalog kurduğunda gizliliği ve özel hayatı korumak ve tedbir ve tarafsızlığı uygulamak ve felaket durumlarını çevreleyen duygusal ve politik atmosfere uygun davranmak konusunda her hastaya karşı görevlidir.

6. Diğer sağlık personeli görevleri

Hekimler için geçerli olan ahlaki prensipler hekimin denetimindeki personel için de geçerlidir.

7. Eğitim

Dünya Tabipler Birliği felaket tıbbı eğitiminin üniversite kapsamında ve tıptaki mezuniyet sonrası kurslarda yer almasını önermektedir.

8. Sorumluluk

Dünya Tabipler Birliği, üye devletlere ve sigorta şirketlerine, felaket veya acil durumlarda çalışırken hekimlerin maruz kalabileceği eksiklik ve herhangi bir kişisel zararı kapsamak üzere sorumluluğu veya bunun farklı bir formunu uygulamak üzere çağrı yapmaktadır.

Dünya Tabipler Birliği, hükümetlerden şunları istemektedir:

a) Yabancı hekimlere yardım ve korunma sağlanması ve eylemlerinin, çalışmalarının ve uygulamalarının ırk, din ve benzeri temellerde ayrım yapmadan kabul edilmesi.

b) Üst düzey yetkililerin ziyaretleri sırasında tıp hizmetlerinin aksamamasına öncelik verilmesi."

Kısacası etik açıdan bakıldığında afetlerin birçok parametresinin olduğunu görebilmekteyiz. Bu hususlara riayet edildiği müddetçe afetlerin profesyonel yönetimi söz konusu olabilecektir. Bu açıdan son pandemi ile beraber birinci basamak profesyonellerine yönelik bazı etik yaklaşım önerileri de geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları şu şekildedir:

- "Aile hekimleri birlikte çalışmalı ve bilgi paylaşımında bulunmalıdırlar çünkü birbirlerinin desteğine ihtiyaç duyacaklardır.
- Afet şartları altında, mevcut sağlık hizmetlerine rağmen, aile hekimleri, kritik sağlık sorunlarının beklenenden çok daha fazla olması nedeniyle toplumdaki sağlık bakımı ihtiyaçlarının çoğuyla ilgilenmesi beklenecektir.
- Tıbbi kararlarını koşullara göre makul ve açıklanabilir olması gerekir, hükümetin afet planına uygun olarak yapılan, o sırada mevcut olan en iyi kanıtlara dayanarak, mümkün olduğunca işbirliği içinde yapılmış, güvenli ve etkili birinci basamak hizmeti tasarlanmalı, desteklenmelidir [68]."

Aile hekimleri kararlarını bu şekilde ve şartlara uygun olarak verirlerse, birinci basamak uygulamaları esnasında etik ikilemlerin üstesinden gelmelerinin daha kolay olacağı bildirilmiştir. Dahası, aile hekimlerinin afet koşullarında farklı çalışma yöntemlerine sahip olması makul olabilir ve birinci basamakta etik açıdan uygun karşılanabilir [69]. Bunlardan bazıları şunlardır:

- Gerekli olmayan hizmetlerin azaltılması veya iptal edilmesi,
- Ev ziyaretlerinin azaltılması veya iptal edilmesi,
- Telefon triajının yaygın kullanımı,
- Telefon ve video danışma kullanımının artırılması,
- E-posta ve mesajlaşma uygulamalarının daha fazla kullanılması,
- Acil olmayan tüm randevuların iptali [68].

SONUÇ VE ÖNERİLER

Afet yönetiminde eskiden müdahale tabanlı bir yaklaşım varken belki de en çok ihtiyaç duyulan hekim grubu acil tıp uzmanları ve acil hekimleri olmuştur. Ancak yeni modern afet yönetim sürecinin merkezine zarar görebilirlikleri azaltmak temelinde risk yönetiminin gelmiş olması yeni bir hekim grubuna ihtiyacı ortaya koymuştur. Risk altındaki grubu iyi tanıyan, koruyucu hekimliği temel alan dolayısıyla risk yönetimini yerel düzeydeki adaptasyonunu sağlayan ve Türkiye'de önemli bir sağlık gücü olan aile hekimlerinin sağlıkta afet yönetiminde aktif yer almasının gerekliliği öngörülmüş ve bu kitapta vurgulanmıştır.

Aile Hekimliği özelinde Afet Tıbbı ve Afet Yönetimi hakkında atılabilecek adımlara yönelik bazı öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- Riskler ve afetlerle baş edebilme kapasitesi yüksek, dirençli, huzurlu, güvenli ve afet bilinci kültürüne sahip toplum oluşturmak adına toplumları için lider ve rehber olabilecek Aile Hekimlerinin "Afet Yönetimi ve Afet Tıbbı" açısından eğitimler alması gerekmektedir.

- Bütüncül yaklaşımıyla toplumlarına bir rol model olabilen Aile Hekimlerinin afet yönetimindeki farkındalık ve bilgi durumları artırılarak sağlıkta afet yönetimi ve afet tıbbı uygulamalarının daha kaliteli ve verimli sunulması sağlanmalıdır.

- Afet yönetimi eğitimi hem yerel düzeyde Anadolu'nun değişik coğrafyalarında aktif olarak görev yapan aile hekimlerine sürekli eğitim çerçevesindeki derslerle, ileride kaliteli ve güçlü bir hizmet vermesi beklenen aile hekimliği

asistanlarının uzmanlık eğitim müfredatlarında konunun ciddi bir şekilde irdelenmesiyle ve aile hekimliği camiasına hitap eden kongre, sempozyum ve panellerde bu konunun standartlaştırılması ve yaygınlaştırılması faaliyetleri ile yürütülmelidir.

•Türkiye'de afet tıbbı ve afet yönetimi hakkında aile hekimliği özelinde yapılan literatür incelemesi sonucunda, ne Türkçeye çevrilen rehberler ve kitaplar ne de doğrudan Türkçe yayınlar arasında birkaç kitap bölümü haricinde başka bir yayına ulaşılamamıştır. Dolayısıyla bu konudaki mühim boşluğu dolduracak aile hekimliği özelinde afet tıbbı ve afet yönetimi hakkında araştırma ve yayın sayısının artırılması gerekmektedir.

•Vakti olmayıp bu konu hakkında detaylı eğitim almak isteyenlere de sertifikasyon programlarıyla bilgilendirme çalışmaları yürütülmelidir (UMKE eğitim sertifikasyonu ya da yeni oluşturulabilecek aile hekimliğine özel afet yönetimi sertifikasyon eğitimleri ile).

•Aile hekimleri, afet yönetimi hakkında daha detaylı ve geniş çerçevede araştırmalar yapabilme adına AFAD Gönüllüsü* ve/veya UMKE Ekiplerine dahil olabilirler. Bu kurumlar vasıtası ile birçok eğitimi gerek online eğitimle gerekse de tatbikatlere katılarak alabilir böylece sahada da tecrübe kazanabilirler [70].

*

•Aile hekimlerinin gereksiz iş yükü ve çok fazla olan kayıtlı nüfusu azaltılmalıdır. Böylelikle hayati önem arz eden konularda kendilerini yetiştirebilir ve bağlı olduğu nüfusu bilgilendirip toplumun bilinçlenmesini sağlayabilir.

•Ayrıca afet eğitimi konusunun yetersizliğinin yapılan çalışmalarla tespiti nedeniyle, öğrencilere afet bilinci ve kültürü verilmesi adına eğitimin tüm safhalarında, tüm eğitim öğretim müfredatı yeniden gözden geçirilmelidir.

•Ayrıca afet yönetimindeki başarının sağlıkta afet yönetimine bağlı olduğu düşünüldüğünde afet tıbbı dersleri sadece uzmanlık bölümlerinde değil tıp lisansı eğitimi derslerinde de mutlaka olmalı ve müfredatlara yerleştirilip standartlaştırılmalıdır.

•Aile hekimliği camiasından bu konu hakkında uzmanlaşmak isteyenlerin Türkiye'de bulunan yüksek lisans programlarıyla (YLP) (Hacettepe ÜTF Halk Sağlığı Enstitüsü Sağlıkta Afet Yönetimi, diğer Afet Yönetimi YLP) veya Avrupa'daki uzaktan eğitimli master programlarıyla kendilerini yetiştirme yolunda ilerlemeleri gerekmektedir [49].

•Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatında da afet tıbbı konusu yerleştirilmelidir. Bu ders bünyesince verilecek ders materyali açısından (Disaster Medicine, Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents) önerilen rehberler kullanılabilmelidir.

•Wonca Afet Tıbbı özel ilgi grubunda, bu konularda ve özellikle insani yardım hususunda tecrübeli ve yetkin olan Türkiye'nin temsil edilebilirliği yeni katılacak ve katkı sunacak aile hekimlerinin katılımı ile daha ziyade sağlanmalıdır. Gerekli istişare mekanizmalarının dünya aile hekimleri birliği ile çalıştırılmasına; birinci basamakta iyi örnek uygulamalarının öğrenilmesine ve yaygınlaştı-

rılmasına katkı sunulmalıdır.

- Aile Sağlığı Merkezleri afetlere dayanıklı ve hazırlıklı binalarda teşekkül ettirilmeli veya uygun toplanma alanları şeklinde hazırlanacak sağlık alanlarında inşa ettirilmelidir. En çok ihtiyaç duyulacak zamanlarda sağlık tesislerinin işlevsel olması yerel düzeyde sağlanmalı ve yaygınlaştırılmalıdır. "Afetlere Dirençli Aile Sağlığı Merkezleri" konusunda hazırlanmış projelere kulak verilmeli ve destek olunmalıdır [71,72].

- "HAZIR OL" Türkiye kampanyasına destek amacıyla, aile hekimleri her aile sağlığı merkezini ilgili web sitesinden de faydalanarak (https://www.hazirol.gov.tr/) birçok afiş* ve broşürler** ile donatabilir ve toplumu bilgilendirmek amacı ile ASM'de hazır bulundurulan ekranlardan halkın bu konudaki bilgi ihtiyacı AFAD tarafından hazırlanmış onlarca eğitim videosu*** ile giderilebilir. Ayrıca bu eğitim videolarına "Tek Tuş, Hayata Dokunuş" AFAD Acil Mobil Uygulaması**** aracılığı ile ulaşılabilir ve olası durumlarda acil çağrı bırakılabilir.

*

**

***

****

- Aile hekimlerinin afet sonrası iyileştirme döneminde toplumun psikososyal destek mekanizmasında aktif rol alabilmesi ve bu konuda eğitimler alarak daha yetkin müdahalede bulunması sağlanmalıdır. Aile hekimleri bu hususta aile danışmanlığı sertifikasyon eğitimleri ile bilgi ve tecrübelerini arttırabilir.

- Her aile hekimi hem kendisi için örnek bir davranışta bulunarak afet çantasını* hazırlamalı ve hazır bulundurmalı hem de sorumlu olduğu birimi için afet dolabı teçhiz edebilmelidir.

*

Sonuç olarak gelecekte Aile Hekimliği Uzmanı olarak gerek il/ilçe sağlık müdürlüklerinde (İSM), gerek toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) gerekse de aile sağlığı merkezlerinde (ASM) görev yapacak olan ve şu anda bu konu hakkında eğitimler alıp pratik kazanması beklenen asistan hekimlerin ve aile hekimlerinin afette sağlık yönetimi ve afet tıbbı hakkındaki algı ve farkındalık seviyeleri üst seviyede tutulmalıdır. Buna ek olarak sadece eğitim almakla yetinmeyip bilgilerin uygulamaya geçirilmesi için de çalışılmalıdır. Bu uygulama sürecinde de multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir. Tüm disiplinlerle beraber genel bir afet bilinci ve kültürü oluşturulmalıdır. Örnek çalışma takvimleri hazırlanarak "Afete Hazır Aile Hekimleri" yolunda ilerlenmelidir. Böylelikle TAHYK tarafından "Aile Hekimliği Uzmanı" tanımında yer verilen "Yönetici Aile Hekimi"nin "Kriz Afet Yönetimi" gerekliliğini yerine getirmiş olacaktır.

KAYNAKÇA

1. BAHÇEBAŞI, T., et al., ACİL VE AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ, in Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara. p. 322-353.

2. AFETLERDE PSiKOSOSYAL HiZMETLER BiRLiĞi PSiKOSOSYAL UYGULAMALAR KATILIMCI KİTABI, APHB, Editor. 2011.

3. Allen, J., et al., THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE. 2010, Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları.

4. YürütmeKurulu, T., TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ YETERLİLİK KURULU AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ ÇERÇEVE PROGRAMI. 2013, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.

5. AAFP, Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents Disaster Medicine, in Revised 01/2008, Revised 10/2009 by Sioux Falls Family Medicine Residency Program, Revised 7/2012 by University of Arkansas West – AHEC Fort Smith Arkansas. 2003, The American Academy of Family Physicians. p. 1-14.

6. Bakanlığı, T.C.S., T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI 2013-2017 STRATEJİK PLANI 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı: Ankara.

7. AKBABA, M., et al., Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler, in Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara. p. 72-107.

8. Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, in 25143. 2011.

9. Critical Challenges for Family Medicine: Delivering Emergency Medical Care - "Equipping Family Physicians for the 21st Century" (Position Paper). 2011, American Academy of Family Physicians.

10. ALDEMİR, Ü., et al., AÇIKLAMALI AFET YÖNETİMİ TERİMLERİ SÖZLÜĞÜ. 2014, T.C.Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı: Ankara.

11. AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ BAŞKANLIĞININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN, in 5902. 2009.

12. BAŞBAKANLIK KRİZ YÖNETİM MERKEZİ YÖNETMELİĞİ, in 22872. 1997.

13. ALTINTAŞ, K.H., AFET VE AFET TIBBI İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR, in HAMER ACİL VE AFET DURUMLARINDA SAĞLIK YÖNETİMİ, K.H. ALTINTAŞ, et al., Editors. 2013, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI: ANKARA. p. 13-27.

14. Below, R., A. Wirtz, and D. Sapir, Disaster Category Classification and peril Terminology for Operational Purposes. 2009.

15. ERGÜNAY, O., Kamu Yönetiminde Afet ve Acil Durum Planlaması Ders Notları, in TODAİE. 2014: Ankara.

16. Doğal Afet Türleri. [cited 2015 19.2.]; Available from: https://www.afad.gov.tr/tr/IcerikDetay.aspx?ID=153&IcerikID=337.

17. MEB, AFETLERDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ, in ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ. 2011, Milli Eğitim Bakanlığı: Ankara.

18. AFAD Hakkında. [cited 2019 19.2.]; Available from: https://

www.afad.gov.tr/tr/2211/AFAD-Hakkinda

19. Turkey's Natural Disaster Profile [cited 2015 19.02]; Available from: http://emdat.be/country_profile/index.html.

20. Worlds first ten earthquakes. [cited 2015 19.02]; Available from: http://www.emdat.be/disaster_profiles/index.html.

21. Turkey's Technological Disaster Profile [cited 2015 19.02]; Available from: http://emdat.be/country_profile/index.html.

22. Suner S. History of Disaster Medicine. Turk J Emerg Med. 2016 Mar 9;15(Suppl 1):1-4. doi: 10.5505/1304.7361.2015.69376. PMID: 27437524; PMCID: PMC4910125.

23. Büken, N.Ö., Afetlerde Sağlık Yönetiminde Etik in HAMER ACİL VE AFET DURUMLARINDA SAĞLIK YÖNETİMİ, K.H. ALTINTAŞ, et al., Editors. 2013, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI: ANKARA. p. 163-172.

24. KILIÇ, D., AFETLERDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ, in İLK YARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ. 2013, Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakultesi Yayınları: Erzurum.

25. Aydınuraz, K. and H.F. Ağalar, Triaj, in Afet Tıbbı, M. Eryılmaz and U. Dizer, Editors. 2005, Ünsal Yayınları: Ankara. p. 367-381.

26. SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÜRÜTÜLMESİ HAKKINDA SAĞLIK BAKANLIĞI YÖNERGESİ. 2005.

27. KOORDİNATÖRLÜĞÜ, S.P.G., AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ, S. ESİN, et al., Editors. 2001, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı: Ankara.

28. Akdur, R., AFETLERE HAZIRLIK ve AFET YÖNETİMİ, in AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ, S. ESİN, et al., Editors.

2001, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı: Ankara.

29. AFAD, Türkiye Afet Müdahale Planı, in TAMP. 2013, AFAD: Ankara.

30. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Teşkilat ve Görevlerine Dair Yönerge. 2012.

31. Sağlık Bakanlığı ASOP Genelgesi. 2004, Sağlık Bakanlığı: Ankara.

32. Bala, M.M., Türkiye Ulusal Afet Yönetim Sistemi ve Sağlık Bakanlığı'nın Afet ve Acil Durumlarındaki Yeri A. Akay, Editor. 2012, TODAİE: Ankara.

33. Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerinin Görevleri ve Çalışma Esaslarına Dair Yönerge 2010.

34. AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ [cited 03.03.2015; Available from: http://kahramanmaras.ism.saglik.gov.tr/Yonetim.aspx?Page=4&MenuId=25.

35. Kurumu, T.H.S., TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ VE BAĞLI BİRİMLER YÖNETMELİĞİ. 2015, Resmi Gazete: Ankara.

36. ÇOŞKUN, A., S. TEKELİ, and F. İNAN, İL SAĞLIK AFET ve ACİL DURUM PLANI (İL-SAP) HAZIRLAMA KILAVUZU, A. ÇOŞKUN and S. TEKELİ, Editors. 2012, Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Ankara.

37. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 2013, Resmi Gazete.

38. TUKMOS, AİLE HEKİMLİĞİ Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, TUK, Editor. 2013, TIPTA UZMANLIK KURULU MÜFREDAT OLUŞTURMA VE STANDART BELİRLEME SİSTEMİ

39. Apel, H., [The WHO/UNICEF Conference on Primary Health Care, AlmaAta, September 6-12, 1978]. Z Gesamte Hyg, 1979. 25(6): p. 498-504.

40. DİKİCİ, M.F., et al., Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. TÜRKİYE KLİNİKLERİ, 2007. 2007(27): p. 412418.

41. WONCA Conflict and Catastrophe Medicine Special Interest Group [cited 2019 19.2.]; Available from:https://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups /ConflictCatastropheMedicine.aspx

42. Freedy, J.R. and W.M. Simpson, Jr., Disaster-related physical and mental health: a role for the family physician. Am Fam Physician, 2007. 75(6): p. 841-6.

43. Redwood-Campbell, L. and J. Abrahams, Primary health care and disastersthe current state of the literature: what we know, gaps and next steps. Prehosp Disaster Med, 2011. 26(3): p. 184-91.

44. Sharaf, E., Family Physician Corner Planning for Disasters in Primary Care. Bahrain Medical Bulletin, 2009. 31(1).

45. Gay, B., What's New in the Updated European Definition of General Practice. Family Medicine, 2013: p. 2.

46. Blake, J., et al., Preventive Health Care, in Textbook of family medicine, R.E. Rakel and D. Rakel, Editors. 2011, Elsevier Saunders: Philadelphia, PA. p. 73-100.

47. Ardalan, A., et al., Effectiveness of a primary health care program on urban and rural community disaster preparedness, Islamic Republic of Iran: a community intervention trial. Disaster Med Public Health Prep, 2013. 7(5): p. 481-90.

48. ALP, E. and M. DOĞANAY, Biyoterörizm. Yoğun Bakım Dergisi, 2006. 6(3): p. 135-146.

49. Altıntaş, K.H., Afet tıbbında öğretim ve eğitim. Hacettepe Tıp Dergisi, 2005. 36: p. 139-146.

50. Harris, M.D. and K. Yeskey, Bioterrorism and the vital role of family physicians. Am Fam Physician, 2011. 84(1): p. 18, 20.

51. AFAD, Müdahale, iyileştirme ve sosyoekonomik açıdan 2011 Van Depremi. 2014, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı: Ankara.

52. Feinstein, R.E. and A. Snavely, Crisis Intervention, Trauma, and Intimate Partner Violence, in Textbook of family medicine, R.E. Rakel and D. Rakel, Editors. 2011, Elsevier Saunders: Philadelphia, PA. p. 1022-1037.

53. Kavan, M.G., T.P. Guck, and E.J. Barone, A practical guide to crisis management. Am Fam Physician, 2006. 74(7): p. 1159-64.

54. Özkömür, M.E. and F.O. Erriş, Olağanüstü Durumlarda Aile Hekimliği "Birinci Basamak" Hizmeti, in Afet Tıbbı, M. Eryılmaz and U. Dizer, Editors. 2005, Ünsal Yayınları: Ankara. p. 899-937.

55. Snider, L., M. Ommeren, and A. Schafer, Psikolojik İlk Yardım: Saha Çalışanları için Rehber, Ö. Erdur-Baker, Editor. 2014, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği

56. BAHÇEBAŞI, T., et al., Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara.
57. AKTÜRK, Z., et al., Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezlerinin İlişkileri, in Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors.

2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara. p. 322-353.

58. ALKAN, L., et al., Giriş, in Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara.

59. Bakanlığı, T.C.S., T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI 2010-2014 STRATEJİK PLANI 2010, T.C. Sağlık Bakanlığı: Ankara.

60. BAHÇEBAŞI, T., et al., Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler, in Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara.

61. Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı Hakkında [cited 2021 19.2.]; Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasicihastaliklar-baskanligimiz/g%C3%B6rev-tan%C4%B1m%C4%B1.html

62. Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, Ankara, 2019, [cited 2021 19.2.]; Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasicihastaliklar-haberler/ulusal-pandemi-hazirlik-plani.html; https://www.grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf

63. BAHÇEBAŞI, T., et al., Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklara Yönelik Hizmetler, in Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Veri Seti Rehberi, T. BAHÇEBAŞI, et al., Editors. 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara.

64. Çayır Y. Birinci basamakta COVID-19 yönetimi ve pandemi ile mücadelede aile hekimliğinin rolü. Set T, editör. Aile Hekimliği ve COVID-19 Pandemisi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.11-4

65. Büken, N.Ö. and E. Büken, „Nedir Şu Tıp Etiği Dedikleri?“.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2002. 11(1): p. 17-20.

66. Coşkun S, Örnek Büken N. COVID-19 pandemisi ve sınırlı tıbbi kaynakların adil kullanımı açısından yaşlılar. Demirhan Erdemir A, editör. COVID-19 Pandemisi ve Etik. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.18- 25.

67. SAĞLIKLA İLGİLİ ULUSLARARASI BELGELER, in DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ FELAKET OLAYINDA TIP AHLAK KURALLARI. 2009, Türk Tabipleri Birliği Yayınları: Ankara.

68. British Medical Association (2020) COVID-19 – ethical issues. A guidance note [Online]. UK: British Medical Association; Retrieved 25 April 2020 from https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf

69. Yılmaz TE, Yılmaz T, Örnek Büken N, Özkara A, Altıntaş KH. Awareness of family physician residents of their roles in disaster health management: a cross-sectional study in Turkey. Prim Health Care Res Dev. 2020 Oct 28;21:e47. doi: 10.1017/S146342362000047X. PMID: 33109285; PMCID: PMC7681159.

70. AFAD Gönüllüsü, [cited 2021 19.2.]; Available from: https://gonullu.afad.gov.tr/

71. Tarık Eren Yılmaz, İklim Değişikliği ve Afetler ile mücadelede bir öneri: "Yeni Nesil Anadolu Darüşşifaları; Afetlere Dirençli Aile Sağlığı Merkezleri", in Dünya'da neler oluyor?, Konuşma Metni, 20.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, 2021

72. Tarık Eren Yılmaz. Afetlere Dayanıklı Aile Sağlığı Merkezlerinden Dirençli Kentlere, Topluma ve Ailelere, From Disaster Resilient Family Health Centers to Resilient Cities, Society and Families. Ankara Med J. 2020; 20(3): 773-776

Doç. Dr. TARIK EREN YILMAZ

Özgeçmiş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

tarıkeren.yilmaz@sbu.edu.tr

Eğitim Bilgileri

1997-2004	ANKARA ATATÜRK ANADOLU LİSESİ
2004-2010	ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2006-2011	ANADOLU ÜNİVERSİTESİ İŞLETME FAKÜLTESİ
2014-2020	TÜRKİYE VE ORTA DOĞU AMME İDARESİ ENSTİTÜSÜ/ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ KAMU YÖNETİMİ/AFET YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
2014-HALEN	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI, DOKTORA PROGRAMI

Uzmanlık Eğitimi

2012-2015	ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İş Deneyimleri

2010	-Van Gevaş Güzelkonak Sağlık Ocağı'nda Pratisyen Hekim
2011	-Van 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Pratisyen Hekim
2011-2012	-Van 112 Komuta Kontrol Merkezinde (KKM) Sorumlu Hekim (Van Depreminde Afet Yönetimi ve Koordinasyonunda 112 KKM hekimi olarak Aktif Rol)
2012-2015	-Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Asistanı
2015	-Mamak Toplum Sağlığı Merkezi Başkan Vekili
2015-2017	-Mamak Kıbrıs Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimliği Uzmanı
2017-HALEN	-Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Tez Konuları

Sağlıkta Afet Yönetiminde Aile Hekiminin Rolü ve Ankara'daki Aile Hekimliği Asistanlarının Afet Yönetimi Farkındalığı (tıpta uzmanlık tezi)

Afet Yönetiminde İnsani Diplomasi: Türkiye Örneği
(yüksek lisans tezi)

Afet Yönetiminde Sağlık Hizmetlerinde Etik: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) Ankara Örneği
(doktora tezi)

Yaşadığımız coğrafyada ve dünyada pek çok türde ve sayıda afetlere sebebiyet veren olaylar ile karşı karşıyayız. Bu olayların afetlere dönüşmemesi ise bizlerin müdahale kapasitesi ve hazırlığı ile doğrudan ilişkilidir. Afet yönetiminin merkezinde insan ve insan sağlığı vardır. Dolayısıyla bu yönetimin başarısı sağlıkta afet yönetiminin başarısına bağlıdır. Bu başarı da sadece kriz yönetimi anlayışı ile değil risk yönetimini de esas alan bütünleşik ve sürdürülebilir bir afet yönetim süreci ile mümkündür.

Disiplini gereği risk yönetimini ve bütüncül yaklaşımı esas alan ve koruyucu hekimlik yaklaşımı ile hastalarını ve toplumunu iyi bilen, hazırlayan, destek ve rol model olan aile hekimlerinin afet yönetiminde de etkin olması gerekmektedir.

Afet öncesi risk yönetimi ile hazırlık, afet sırası kriz yönetimi ile müdahale ve afet sonrası rehabilitasyon sürecinde sahada oldukça güçlü olan aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

Bu kitabımızda, aile hekimlerinin sağlıkta afet yönetimindeki görev ve sorumluluklarından ve afet yönetim sürecinin tüm aşamalarında nasıl bir yol izlemesi gerektiğinden bahsedilmektedir.

Ulusal literatürde bu alanda hazırlanmış ilk kitap olan çalışmamız, afet yönetimi, afet tıbbı ve afet etiği hakkında önemli bilgiler içermektedir.

Türkiye'de sağlık afet yönetimi organizasyonu ve aile hekimlerinin rolü hakkında resmî belgelerden, rehberlerden ve uluslararası literatürden derlenerek hazırlanan bu kitabın,

Aile Hekimliği Disiplini açısından önemli bir gereksinime cevap vereceğini umuyor ve

Afetlere Hazır Aile Hekimleri ve Aileler olma yolunda öncü olmasını bekliyoruz.

Unutmayalım, afetler bir sebep değil sonuçtur.

9 786250 095171