

KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN AFETLERDE ZARAR GÖREBİLİRLİĞİ

Gülseren AYDOĞMUŞ ATALAY¹

Özlem ÇAKIR²

ÖZ

Amaç: Dünyada ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alan kronik hastalıklar, aynı zamanda bireylerin yaşam kalitelerini, sosyal ve ekonomik refahlarını olumsuz etkileyerek bireyleri yoksulluk sarmalına çekmektedir. Yoksulluk, afet/acil durumların olumsuz koşulları ile birleştiğinde ise zarar görebilirlik artmaktadır. Bu çalışmanın amacı, kronik hastalığı olan bireylerin afetler konusundaki zarar görebilirliklerinin ortaya konulmasıdır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırmanın evreni, İzmir İli Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı 26.240 hastadan oluşmakta olup, evreni bilinen örneklem formülü ile 251 hasta, basit tesadüfi örneklem yöntemiyle belirlenmiştir. Verilerin analizinde SPSS 22.0 programı, değişkenler arasındaki ilişkilerin açıklanmasında ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubundaki hastaların, %35,9'u Suriye uyruklu olduğu, %55,8'inin 65 yaş ve üstü, %49'unun okur-yazar olmadığı, %98'inin fiziksel engeli ve %63,3'ünün birden fazla kronik hastalığı bulunduğu, %89,62'sinin her gün ilaç kullandığı saptanmıştır. Afet/acil durumlarda tahliye sorunlarını ortaya çıkaran fiziksel engel durumu değerlendirildiğinde, 251 kişiden 246'sı (%98) toplamda 474 fiziksel engel belirtmişlerdir. 109 (%43,4) kişi daha önce afet yaşadığı, afet/acil durum çantası bulunanların oranının %9,2 ve deprem sigortası bulunanların oranının %16,3 olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Yapılan çalışma sonucunda, kronik hastalığı olan, engelli veya tıbbi bakıma ihtiyacı olan kişilerin afet/acil durumlara hazırlıklı olmadıklarını, zarar görebilirliklerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bulgular, sağlıkla ilgili mevcut sorunlarının afet/acil durumlar için ayrı bir süreç yönetimi içinde, afete hazırlıklı olma, müdahale, tahliye faaliyetlerinin yapılandırılmasında özel gereksinimlerle birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Afetlerde Zarar Görebilirlik, Kronik Hastalıklar, Sağlık Okuryazarlığı, Özel Gereksinimli Bireyler

¹ Sorumlu Yazar / Corresponding Author, Paramedik, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi Başhekimliği, İzmir, prmgulse@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-7405-8115

² Prof.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, İzmir, ozlem.cakir@deu.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-8542-7358

VULNERABILITY OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASE IN DISASTERS

ABSTRACT

Objective: Chronic diseases, which are among the leading causes of death in the world, also negatively affect the quality of life, social and economic well-being of individuals and attract individuals to the spiral of poverty. When poverty is combined with the adverse conditions of disasters/emergencies, vulnerability increases. This study aims to reveal the vulnerability of individuals with chronic diseases to disasters.

Material and Methods: The population of the study consists of 26.240 patients registered with the Izmir City Home Health Services, and 251 patients were determined by a simple random sampling method with a known sample formula. SPSS 22.0 program was used in the analysis of the data, and the chi-square test was used to explain the relationships between the variables.

Findings: Of the patients in the study group, 35.9% were Syrian nationals, 55.8% were 65 years and older, 49% were illiterate, 98% were physically disabled and 63.3% had more than one chronic disease. It was determined that 89.62% of them used drugs every day. When the physical disability that causes evacuation problems in disaster/emergencies is evaluated, 246 of 251 people (98%) stated a total of 474 physical disabilities. It was determined that 109 (43.4%) people had experienced a disaster before, the rate of those with disaster/emergency bags was 9.2% and the rate of those with earthquake insurance was 16.3%.

Results: As a result of the study, it was revealed that people with chronic diseases, disabilities, or those who need medical care are not prepared for disasters/emergencies and their vulnerability is high. The findings show that current health problems should be handled in separate process management for disaster/emergencies, together with special requirements in the structuring of disaster preparedness, response, and evacuation activities.

Keywords: Vulnerability in Disasters, Chronic Diseases, Health Literacy, Individuals with Special Needs

GİRİŞ

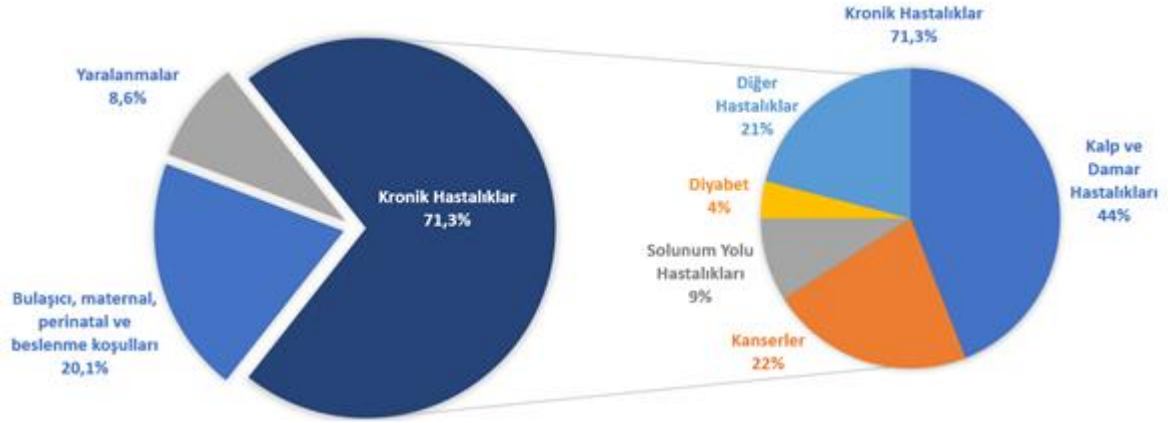
Kronik hastalıklar ya da diğer adıyla Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH), kendiliğinden iyileşmeyen ve nadiren tamamen tedavi edilebilen, ortaya çıkışı uzun yıllar sürebilen, çevresel, genetik, enfeksiyöz, psikolojik ve yaşam koşullarından etkilenen, sağlığı kademeli olarak bozup yaşam kalitesini kötüleştirerek tıbbi tedavi ve bakıma ihtiyaç oluşturan, sakatlık ve ölüme sebep olan durumlardır (WHO, 2013:1). Genellikle uzun süren ve pahalı tedaviler ile yol açtığı sağlık harcamaları ve aktif çalışma çağındaki nüfusun hastalıklar nedeniyle iş göremez duruma gelmesi sebebiyle ülkeleri yoksulluk sarmalına ittiğinden, ülke içi ve ülkeler arasındaki sağlık ve refah farklılıklarının artmasına sebep olmaktadır (Hajat ve Stein, 2018: 291). Gelişen dünyada, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, artan yaşam süreleri,

yaşam tazındaki değişmelerin de etkisiyle kronik hastalıklar yıllar içerisinde artma eğilimi göstermiş ve günümüzde küresel çapta bir sorun haline gelmiştir. Kronik hastalıklar, dünya genelindeki ölümlerin ve engelliliğin başlıca sebebi olarak belirtilmektedir (WHO, 2020: 12). Erken ölümler ve yaşam kalitesini bozmanın yanı sıra verimlilik ve iş gücü kaybı nedeniyle bireyleri ve aileleri yoksulluğa sürüklemekte, ülkeleri de sağlık kapasitesini zorlaması, sağlık harcamalarını artırması, erken ölümlere sebep olması ile ekonomik yönden kayba uğratarak, sürdürülebilir kalkınma ve sosyal refah açısından olumsuz etkilemektedir (UN, 2017: 3-54).

Kronik hastalıkların olağan koşullardaki yönetimi, hekim, sağlık personeli, hasta birey, yakın çevresi, toplum ve yönetimin iş birliği içinde multi disiplinler yaklaşım ile çözülmesi gereken bir süreç iken, bu duruma afetin yol açtığı kaos, yıkım ve kaynak yetersizliği eklendiğinde, hastalık alevlenmeleri, engellilik ve ölüm oranları artış gösterebilmektedir (Mokdad vd., 2005:1). Diğer yandan afet ve acil durumlarda sağlık, kurtarma ve yardım hizmetleri geleneksel olarak yaralanmalar, acil durumlar ve salgın hastalıklara odaklanmaktadır (Miller ve Arquilla, 2008: 185). Yaşadığımız Covid-19 pandemisi, önceden süregelen kronik hastalıkların, korona virüse karşı savunmasızlığı artırdığını ve sonuçları daha kötüleştirdiğini ortaya çıkarmıştır (UN, 2020: 9). Tüm bu sebepler kronik hastalığa sahip bireylerin, afet ve acil durumlar karşısında zarar görebilir olarak nitelendirilmesine neden olmaktadır. Karaman, afet yönetiminin, merkezine kamu yönetimini aldığı çok aktörlü bir yönetim faaliyeti olduğuna vurgu yaparak, “planlamadan kontrole” disiplinler arası bir çalışma süreci olduğu ve afet farkındalığının bir kültür olarak topluma yerleştirilmesi konusunu vurgulamış, bütünsel afet yönetimine dikkat çekmiştir (Karaman, 2017:3). Kronik hastaların afetler sırasında ve sonrasında hayat kurtarıcı hizmetlere erişimini ve buna ek olarak afetlerde kesintiye uğrayan tedavi ve bakımın sürekliliğinin sağlanması için, afet öncesi dönemde yapılacak hazırlık ve planlamaların önemi büyüktür.

Afetten ve sonrasında getirdiği koşullardan daha fazla etkilenecek olan bireylerin önceden tespit edilmesi, özelliklerinin ve gereksinimlerinin belirlenmesi, afet farkındalığının ve güvenlik kültürünün yerleştirilmesi, afet sonrasında yeniden iyileşme aşamasında, toplumun özel gereksinimi olan kesimine hizmetlerin ulaşması sağlanarak eşitsizliklerin giderilmesi ve afetlerde dirençli toplum oluşmasına yardımcı olacaktır (Okay ve İnal, 2019: 91). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013-2020 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Yönelik Küresel Eylem Planında “Dünyanın en büyük katilleri” olarak tanımladığı kronik hastalıklar sonucunda her yıl dünya üzerinde 41 milyon kişinin ölmekte ve bu sayı, tüm ölümlerin %71,3'üne karşılık gelmektedir (WHO, 2018:7). Ölümlerin çoğuna dört ana kronik hastalık grubu neden olmaktadır. Bu hastalıklar şekil 1'de görüldüğü gibi tüm dünyadaki ölüm sebeplerine göre sırasıyla;

kardiyovasküler hastalıklar (kalp krizi ve inme), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet ve diğer hastalıkları içermektedir.



Şekil 1: Küresel Ölüm Sebepleri ve Ölüme Yol açan Kronik Hastalıkların Dağılımı (WHO, 2018: 7)

Yoksulluk ve kronik hastalıklar birçok yoldan birbirine bağlanmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerin kronik hastalıklara bağlı ölüm oranı, yüksek gelirli ülkelerin yaklaşık iki katı kadardır (WHO 2018: 7). Yoksulluk sağlık hizmetlerine erişim ile yetersiz ve dengesiz beslenme nedeniyle sağlık durumunda bozulmaya yol açarken, sağlık durumundaki bozulma ve kronik hastalıklar da iş göremezlik ve gelir yoksunluğu yaratarak yoksulluğu derinleştirmektedir. Çoğu insan doğal afetler, finansal krizler, salgınlar, savaşlar gibi olağan üstü durumlara karşı belli bir derecede savunmasızdır. Ancak bazı bireyler, afetlerin olumsuz etkilerine karşı diğerlerine göre daha savunmasızdır (Ekşi, 2015: 112). Evde sağlık hizmeti alan kronik hastalığa sahip bireyler, sağlık durumları, fiziksel engelleri yaşları, kesintisiz bakım ihtiyacı, tıbbi cihaz ve ilaçlarının düzenli kullanması gerekliliği, hastalığına uygun diyet programı ihtiyaçları nedeniyle özel gereksinimli bireyler kapsamındadır. Afet ve acil durumlar sırasında hem de sonrasında yüksek düzeyde risk ve kırılganlıkla karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca afetler yeni engeller yaratmakta ve mevcut sorunları daha da kötüleştirebilmekte, afet koşullarının neden olduğu hastalık alevlenmelerine bağlı sağlık ve bakım hizmeti ihtiyacını artırması nedeniyle de sağlık hizmeti kapasitesini zorlamakta, güvenlik açığı oluşturarak toplumun afete direncini azaltmaktadır. Bu grubun yaralanma, hastalık veya ölümden etkilenme olasılığı daha fazlayken, sağlık ve kurtarma, barınma yardımı dâhil olmak üzere kamu hizmetlerine erişimde ve yararlanmada daha büyük zorluklarla karşılaşması daha muhtemel hale gelmektedir. Ayrıca afet ve acil durumların sağlık hizmeti sunumunu artırmasıyla kaynak yetersizliğine bağlı yaşanan sorunlar, rutin tedavi ve bakım ihtiyacı olan kronik hastalığa sahip bireylerin durumunu kötüleştirmektedir (Mokdad vd., 2005: 1; Demaio vd., 2013:2). Bu

nedence, afet öncesi özel ihtiyaçlarını ve sorunlarını tespit etmeden onlara yapılacak kurtarma ve yardım da aksaklıklar ve yetersizlikler yaşanacağı aşikârdır.

Araştırmanın amacı kronik hastalığa sahip bireylerin özel gereksinmelerini, afete hazırlık durumlarını ve buna bağlı olarak zarar görebilirliklerinin belirlenmesini sağlamaktır. Afet sonrasında, ilaç ve tıbbi tedavisi kesintiye uğrayan kronik hastalığa sahip bireylerin, hastalıkları kontrolden çıktığı için hastalığın seyri hızla kötüleşebilir ve ölüm gerçekleşebilmektedir (Tomio ve Sato, 2014: 69, Kobayashi vd., 2013:22). Örneğin, oksijen bağımlı kronik solunum yolu hastalığı olan birey, ona oksijen sağlayacak bir tüp ya da cihazı bulunmazsa, nefes darlığı kötüleşebilir, dakikalar içinde hayatını kaybedebilmektedir. Benzer şekilde pıhtı önleyici ilaçlarını düzenli şekilde almak zorunda olan kalp hastalığı, inme hastalığı olan bireyler, hipertansiyonu kontrol etmek için ilaç kullanan hastalar, düzenli insülin kullanarak kan şekerini kontrol eden hastalar, böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz alan hastalar, afet sonrası dönemde ilaç ve tıbbi cihaza ulaşamadığı için kronik hastalıkları akut durumlara dönüşebilmektedir (Mokdad vd., 2005:3). Kronik hastalığı olan hastalar, afet koşullarında diğer afetzedelere göre iki yönden dezavantajlı konumdadır. Birincisi, kronik hastalığa yönelik ilaç kullanan hastaların, afette yaralanması ölümcül sonuçlar doğurabilmektedir. İkincisi, afetler sırasında farklı tipteki kronik hastalığı olan bireyler arasında ilaç ve tıbbi cihaz yetersizliği ve medikal kayıtlara ulaşamamasının sonucu olarak tedavi rutininin bozulmasıyla hastalıklar kontrolden çıkabilmektedir (Greenough vd., 2008: 430). İlaç ve medikal kayıt yetersizliği, kronik hastalıkların tedavisi ve izlenmesini olumsuz etkilediği için, sağlık sisteminin yükü ve tedavi maliyetlerinin artışına sebep olmaktadır (Spiegel vd., 2014: 295). Ayrıca tıbbi geçmişi yeterince bilinmeyen bir hastaya yapılacak tıbbi müdahalelerin hastaya özel geliştirilememesi, dolayısıyla hastanın etkin tedaviyi alamaması ya da uygun tedaviyi almada gecikmesine sebep olabilecektir. Araştırma, evde sağlık hizmetleri sistemine kayıtlı kronik hastalığı olan bireylerin afetlerde zarar görebilirliklerini tespit etme amacını taşımaktadır. Kronik hastaların mevcut dezavantaj ve kırılganlıklarına ilaveten çeşitli afet tiplerine ilişkin olarak gelişebilecek yeni sorunların onların “zarar görebilirlikleri” üzerinde önemli bir etki alanı olduğu literatür ve ampirik çalışmalarda görülmüştür.

Bu araştırmada evde bakım gören kronik hastaların zarar görebilirliklerine ilişkin elde edilen bulgulardan hareketle, bu özel gereksinimi olan gruba yönelik, afet ve acil durumlarda uygulanacak politika ve kurumsal hazırlık önerileri geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma; afet ve acil durumlar karşısında zarar görebilir durumda olan kronik hastalığa sahip bireylerin; söz konusu sağlık sorunlarının yarattığı kırılganlığı yansıtması açısından önem taşımaktadır.

1.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, İzmir İli Evde Sağlık Hizmetleri Birimine kayıtlı kronik hastalığa sahip bireylerin zarar görebilirliklerini betimleyici bir çalışma olup anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma hedef kitesinin özel gereksinimi olan bireylerden oluşması nedeniyle yüz yüze görüşme tekniği ile veri toplanmıştır. Araştırmada, veri toplama aracı olarak iki bölümden, toplam 31 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anketin ilk bölümü yaş, eğitim durumu, okuryazarlık seviyesi, medeni durum, vücut ağırlığı, bakım ödemesi alıp almadığı, bakımı nerede aldığı, sağlık güvencesinin olup olmadığını sorgulayan sosyo-demografik özellikleri içeren 8 soru ile ikinci bölümde, bireylerin fiziksel engelleri ve kronik hastalıklarını, kullandıkları destek, ilaç ve tıbbi cihazları, sorularak sağlık durumlarını anlamayı ve buna bağlı zarar görebilirliğini tespit etmeyi amaçlayan 18 soru ile sağlık hizmeti için ilk başvuru yerini, hastaneye ulaşmak için kullandıkları sağlık hizmetini, hastalığı kontrol etmek için bakım eğitim alıp almadığını, aldılarsa türünü ve hastaneye yatış sıklığını sorgulayarak sağlık okuryazarlığını tespit etmeyi amaçlayan 5 soru sorulmuştur. İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden izin ve onay yazısı ile Dokuz Eylül Üniversitesi'nden 21/02/2020 tarih/87347630-640/865 sayılı Etik Kurul İzni alınmıştır. Araştırma evreni, İzmir İli Evde Sağlık Hizmetleri Birimine 2020 Ocak ayı itibarıyla kayıtlı 26.240 hastadan oluşmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için, Yazıcıoğlu ve Erdoğan'ın evreni bilinen örneklem formülüne göre oluşturmuş olduğu tablodan yararlanılmıştır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004:50). Buna göre, 25000 kişilik evren için %95 Güven düzeyi, 0,05 hata payı ile en az 244 kişilik bir örneklem olması gerektiği belirtilmiş olup, çalışmada, 251 hastaya, basit tesadüfi örneklem seçimi yöntemiyle ulaşılarak veri toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizi Statistical Package For Social Science (SPSS) 22.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastalara ilişkin sosyo-demografik özellikler ve tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde dağılımı olarak verilmiştir, değişkenler arasındaki ilişkilerin açıklanmasında ki-kare testi kullanılmıştır.

Kayıtlı hasta profilinde %35,9'unun Suriye Uyraklı hastalardan oluştuğu görülmüştür. Hastaların ikamet ve iletişim bilgilerine İzmir İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki Evde Sağlık Hizmetleri koordinasyon biriminden ulaşılmıştır. Hasta veya yakınlarına önce telefon ile aranarak ziyarete gelineceği bilgisi verilmiş, kabul eden hastaların evlerine, takip eden hafta içinde gidilerek hasta ve hasta yakınları ile ev ortamında gönüllü katılım formu imzalatılarak, yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır. Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı Suriyeli hastalar için, Türkçe bilen Suriye uyraklı İzmir ili Evde Sağlık Hizmetleri personelinden destek alınmış, veri toplamada standardizasyonu sağlamak için, çalışmanın amacı, soru formu ve ölçek soruları ve veri toplarken dikkat edilmesi gereken noktalar hakkında kısa bir eğitim verilmiştir.

2.BULGULAR

Araştırma örnekleminde 140 kişi (%55,8) 65 yaş ve üstü, 136 (%54,2) kişi kadın, 123 kişi (%49,0) okur-yazar olmayan, 90 kişi ise (%35,9) Suriye uyrukludur. Suriye uyruklu hastalar, savaş nedeniyle ülkelerinden ayrılmış, göç mağduru geçici koruma statüsündeki bireylerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerden 151 (%60, 2) kişi hasta/yaşlılık bakım ödemesi almaktadır.

Tablo 1: Kronik Hastalıkların Dağılımı ve İlaç Kullanma Durumu

Hangi kronik hastalığa/hastalıklara sahipsiniz? *	Frekans (n)	Yüzde (%)
Kalp ve Damar Hastalığı	146	27,8
KOAH	37	7,0
Kanser	14	2,7
Diyabet	65	12,4
Nörolojik Hastalıklar	182	35,2
Alzheimer, Demans, Psikiyatrik Hastalıklar	74	14,1
KBY	4	0,7
Guatr	1	0,1
Toplam	526	100,0
Her gün kaç ilaç kullanıyorsunuz?	Frekans (n)	Yüzde (%)
1	24	10,7
2	24	10,7
3	36	16,0
4	24	10,7
5	26	11,5
6	39	17,3
7+	52	23,1
Toplam	225	100,0

*Birden fazla cevap verilmiştir

Fiziksel engel durumu: Afet ve acil durumlarda tahliye sorunlarını ortaya çıkaran fiziksel engel durumu değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan 251 kişiden 246'sı (%98) toplamda 474 fiziksel engel belirtmişlerdir. Toplam 474 olan fiziksel engel sayısının, 52'si (%11,0) işitme kaybı, 72'si (%15,2) görme kaybı, 113'ü (%23,8) konuşma bozukluğu ve 237'si (%50) hareket kaybı olarak saptanmıştır. 193 kişinin (%76,9) hastalığı nedeniyle yatağa bağımlı oldukları tespit edilmiştir. Fiziksel engeli olan hastaları, bakım vereni olmadan düşünmek olanaksızdır. Nitekim yardıma/desteğe ihtiyaç duyan 237 hastanın büyük bir kısmı (165 kişi, %69,6) bakım veren yardımıyla, 14 (%5,9) kişi baston ile, 1 (%0,4) kişi tekerlekli yürüteç ile, 55 (23,2) kişi tekerlekli sandalye ile yürümekte veya hareket etmektedir.

Kronik hastalık sayısı ve ilaç kullanma durumu: Araştırma kapsamındaki katılımcıların büyük çoğunluğunun birden fazla kronik hastalığı bulunmaktadır. Buna göre, 92 kişinin (%36,7) "1", 73 kişinin (%29,1) "2", 63 kişinin (%25,1) "3", 20 kişinin (%7,9) "4", 1 kişinin (%0,4) "5", 1 kişinin (0,4%) "6" ve 1 kişinin (%0,4) ise "7" farklı kronik hastalığı

bulunmaktadır. Kronik hastalıkları kontrol etmek için, hastaların düzenli ilaç kullanımı büyük önem taşımaktadır. 251 kişiden, 26 kişi (%10,4) ise her gün düzenli olarak ilaç kullanmadığını belirtirken, 225 kişi (%89,6) hastalıkları için her gün ilaç kullandıklarını belirtmiştir. Her gün ilaç kullandığını belirten 225 kişinin 24'ü (%10,7) günlük "1" ilaç; 24'ü (%10,7) günlük "2" ilaç; 36'sı (%16,0) günlük "3" ilaç; 24'ü (%10,7) günlük "4" ilaç; 26'sı (%11,5) günlük "5" ilaç; 39'u (%17,3) günlük "6" ilaç ve 52'si (%23,1) günlük 7 veya daha fazla ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 1)

Tıbbi cihaz kullanımı: 251 kişilik örneklemin 57'si (%22,7) hastalığı için elektrikle çalışan tıbbi cihaz kullanmakta iken, 26 (%10,4) kişi ev ortamında kullandığı/kullanacağı tıbbi cihaz fonksiyon dışı kalması durumunda eğitim/güvenlik önlemi aldığını belirtmiştir.

Sağlık okuryazarlığı: Araştırmada, katılımcılara öz yönetim ve hastalık kontrolü eğitimi, Yara bakımı/pansuman eğitimi, PEG/sonda bakımı eğitimi, Aspirasyon eğitimi ve Diyaliz eğitimini içeren 5 farklı bakım eğitiminden hangisi/hangilerini aldığı sorulmuştur. Araştırmaya katılanların çoğunluğu 144 kişi, (%57,4) herhangi bir bakım eğitimi almadığını bildirmiştir. Geriye kalan 107 kişisini ise aldıkları toplam eğitim sayısı 162'dir. Bunların 99'unu (%61,2) öz yönetim ve hastalık kontrolü eğitimi, 14'ünü (%8,6) yara bakımı/pansuman, 30'unu (%18,5) PEG/sonda bakımı, 17'sini (%10,5) aspirasyon eğitimi ve 2'sini (%1,2) diyaliz eğitimi oluşturmaktadır. Suriyelilerin %92,2'sinin hiç bakım eğitimi almadığı saptanmıştır. Bu oran, çoğunlukla dil engelinden kaynaklanmaktadır. En fazla "2" bakım eğitimi alan birey vardır. "3" ya da "4" tane bakım eğitimi alan hiçbir Suriyeli yoktur. Türk vatandaşlarında ise bakım eğitimi almayanların oranı %37,9'dir. "1" tane bakım eğitimi alanların oranı %40,4' dir ve ayrıca "3" veya "4" tane bakım eğitimi alanların oranı ise %9,9'dir.

Tablo 2: Hastaneye Yatış Sıklığı

Sizin veya hastanızın en son hastaneye yatışınızın üzerinden ne kadar zaman geçti?	Frekans (n)	Yüzde (%)
1 aydan az	77	30,7
1 aydan fazla	34	13,5
3 ay	37	14,8
6 ay	34	13,5
1 yıl	69	27,5
Toplam	251	100,0

Hastaneye yatış: Araştırmaya katılanların 77'si (%30,7) en son 1 aydan daha kısa bir süre önce hastaneye yatmıştır. 34'ünün (%13,5) ise hastaneye son yatışları 1 aydan fazla bir süre öncedir. Ayrıca, 37 (%14,8) kişi en son 3 ay önce, 34 (%13,5) kişi en son 6 ay önce ve 69 (%27,5) kişi ise en son 1 yıl önce hastaneye yatmışlardır (Tablo-2).

Tablo 3: Afet ve Acil Durumlara Bireysel Hazırlık Durumu

Daha önce afet yaşadınız mı?	Frekans (n)	Yüzde (%)
Evet	109	43,4
Hayır	142	56,6
Bireysel acil durum/afet çantanız var mı?		
Evet	23	9,2
Hayır	228	90,8
Oturduğunuz evin DASK sigortası var mı?		
Evet	41	16,3
Hayır	210	83,7
Afet/acil durumlar için 7 gün süresince yetecek miktarda ilaç stoğunuz var mı?		
Evet	76	30,3
Hayır	175	69,7
Toplam	251	100,0

Afet deneyimi: Araştırmaya katılan 109 (%43,4) kişi daha önce afet yaşadığını, 142 (%56,6) kişi ise daha önce hiç afet yaşamadığını söylemiştir (Tablo-3). Afet yaşayanların 84 (%93,3) kişi, Suriye uyruklu sığınmacılardan oluşmaktadır. Suriye uyruklu hastaların savaş, yerinden olma ve zorunlu göç kapsamında değerlendirilebilecek afet tipini ve etkilerini yaşadıkları bilinmektedir. Afet deneyimleyen Türkiye uyruklu 25 (%15,5) kişi, 1999 Marmara depremi ve 2011 Simav Depremi'ni yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Hastanızın/kendinizin sağlık durumu değiştiğinde ilk başvuruyu nereye yapıyorsunuz sorusuna Türk vatandaşı hastalar ya “evde sağlık hizmetlerine” (%30,4) ya da “112’ye” (%57,8) başvuru yaptığı cevabını vermiş; Suriyelilerin büyük çoğunluğunun ilk başvuruyu “hastanelere” (%64,4) yaptığı, “112’ye” başvuranların oranı sadece %21,1 olduğu saptanmıştır.

Türk vatandaşlarında hastaneye nakil sırasında destek alanların yüzdesi (%80,7) iken Suriyelilerde ise bu yüzde %24,4’ dür. Suriyelilerin büyük çoğunluğu hastaneye nakil sırasında kendi imkânlarını kullanmaktadır. Türk vatandaşı hastaların çok büyük bir kısmı hastaneye nakil sırasında ya Evde Sağlık Hizmetleri Aracı” %60,8 ya da “112 ambulans” (%30,0) tan destek almaktadır. Fakat Suriyelilerde durum daha farklıdır. Suriyelilerde belediye ve özel hasta nakil araçlarına başvuran olmamakla birlikte, büyük çoğunluk “112 Ambulans” tan destek almaktadır.

3.TARTIŞMA

Araştırmada elde edilen bulgular üç temel başlık altında ve afet ve acil durumlarda meydana gelen etkiler bakımından sınıflandırılarak değerlendirilmiştir. Bunlar; “evde sağlık hizmeti alan hastaların yaş profili, fiziksel sağlık ve engel durumları”, “afet deneyimi ve

hazırlık durumları”, “evde sağlık hizmeti alan hasta/yakınlarının sağlık okuryazarlığı seviyesi”, “Suriyeli evde sağlık hizmeti alan hastaların sağlık okuryazarlığıdır”.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların yaş profili, fiziksel sağlık ve engel durumları:

Çalışmada, afetlerde zarar görebilir grup kapsamında yer alan ileri yaş, kronik hastalık durumu ve engel durumları tespit edilmiş ve karşılaştırılmıştır.

Evde sağlık hizmetlerine ilişkin araştırmalar incelendiğinde genel olarak evde sağlık hizmetlerinin bakım verdiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzeri olmakla birlikte, ev ortamında uzun süreli tıbbi bakımı gerektiren kronik hastalığı olan her yaş grubundan hastaları, çocuk ve bebekleri de kapsamaktadır (Özer ve Şantaş, 2012: 96). Çatak ve arkadaşlarının Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %44,4 ünün 70-79 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Çatak vd., 2012: 19). Karaman ve arkadaşlarının Zonguldak Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi’ne kayıtlı hastalar üzerinde yaptığı araştırmada hastaların %88,1’ inin 65 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir (Karaman vd., 2015: 353). Enginyurt ve Öngel’in Ordu’da evde bakım hizmeti alan 125 hasta ile yaptıkları araştırmada; hastaların %64’ünün 70 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir (Enginyurt ve Öngel, 2012: 47). Samsun’da evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastalar üzerinde yapılan çalışmada hastaların %47,4’ünün 66-85 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Çubukçu ve Yazıcıoğlu, 2016: 328). Yapılan araştırma sonuçlarıyla paralel olacak şekilde, İzmir ili kapsamında evde sağlık hizmeti alan 251 hastanın %55,8’inin 65 yaş ve üstü olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada, afet ve acil durumlarda tahliye sorunlarını ortaya çıkaran fiziksel engel durumu ve sağlık profili değerlendirildiğinde, evde sağlık hizmetlerinden bakım desteği alan 251 hastanın %63,3 ünün birden fazla kronik hastalıkları bulunmakla birlikte, bu hastalıklar, %35,2 nörolojik hastalıklar, %27,8’i kalp ve damar hastalığı, %7,0 si KOAH, %2,7’si kanser, %12,4 ü diyabet, 14,1’i alzheimer, demans, psikiyatrik hastalıklar, %0,7 KBY (kronik böbrek yetmezliği), %0,1 i guatr olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %76,9’u hastalığı nedeniyle yatağa bağımlı olduklarını, %94,4’ü yürürken/hareket ederken yardıma ihtiyaç duyduğunu beyan etmişlerdir. 251 hastanın %98’inde toplamda 474 fiziksel engel belirtmişlerdir. Toplam 474 olan fiziksel engelin, %50’si hareket kaybı, %23,8’i konuşma bozukluğu, %15,2’si görme kaybı, %11,0 işitme kaybı olarak sınıflandırılmıştır. Düzenli ilaç kullandığını belirten 225 hastanın, %89,3’ünün 2 ve daha fazla ilaç kullanmakta olduğu tespit edilmiştir. Çoklu kronik hastalıklar ve çoklu ilaç kullanımı, hastaların sağlık bakım hizmetine daha çok ihtiyacı olduğunu ve rutin kontrollerinin tek kronik hastalığa sahip olanlardan daha fazla ihtiyaç duyduğunun bir göstergesidir. Bu engel ve kayıplar kuşkusuz afet ve acil durumlarda sağlıklı

bireylere oranla dezavantajlı bir durum teşkil etmektedir. 2012 yılında Burdur’da evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri 140 hastanın sağlık profili incelendiğinde, hastaların birden çok kronik hastalığı olmakla birlikte, %48,1’inde hipertansiyon, %22,2’sinde kardiyovasküler hastalıklar ve %15,7’sinde diabetes mellitus, %39,8’inde tam ya da kısmi inme bulunmaktadır. Bu hastalıklara sahip olan yaşlı hastaların, %27,8’i yatağa tam bağımlı, büyük çoğunluğu günlük yaşam aktivitelerinin devamı için bakım verenin desteğine bağımlı durumda olduğu saptanmıştır (Çatak vd., 2012: 19).

Işık ve arkadaşlarının, Kırıkkale’de evde sağlık hizmeti alan 214 hasta ile yürüttüğü çalışmada, yine birden fazla kronik hastalık bildirilmekle birlikte, %27,4 ile uzuv ve kalça kırıkları, %18,8 hipertansiyon, %14,1 felç %6,6 nörolojik hastalıklar, %10,4 kalp hastalıkları %9,4 Alzheimer ve diğer hastalıklar bulunmaktadır. Hastaların hareket bağımsızlık değerlendirmesi, Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) endeksine göre %40,2’sinin bağımlı, %21’inin yarı bağımlı olduğu saptanmıştır (Işık vd., 2016:178). Karaman ve arkadaşlarının Zonguldak’ta Evde Sağlık Hizmetleri koordinasyon merkezine kayıtlı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %51,6’sının nörolojik, %12,8’inin solunum sistemi hastalıkları, %7,3’ünün endokrin sistemi hastalıkları, %7,2’sinin kardiyovasküler sistem hastalıkları ve %6,4’ünün onkolojik hastalıkları olduğu tespit edilmiştir (Karaman vd., 2015: 353). Çubukçu ve Yazıcıoğlu’nun çalışmada, en sık tespit edilen hastalıklar; %21,4 serebrovasküler olay, %15,2 ‘si hipertansiyon ve %12,2’si Alzheimer hastalığı olmuştur (Çubukçu ve Yazıcıoğlu, 2016: 329). Bitek ve arkadaşlarının Kırklareli’nde evde sağlık hizmetlerine kayıtlı 86 yaşlı hasta ile yaptığı çalışmada, bireylerin ilk üç sırada görülen kronik hastalıkları; %36’sı nörolojik hastalıklar, %34’ü kardiyovasküler hastalıklar ve %29’u kas iskelet sistemi hastalıkları olarak sıralanmıştır. Fiziksel engel durumu incelendiğinde, hastaların %64’ünde ağır düzeyde yeti yitimi olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların %34’ü günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlıdır ve %57’si günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı araç kullanmaktadır (Bitek vd., 2019: 1). Enginyurt ve Öngel’in çalışmada, araştırma grubunda en sık tespit edilen iki hastalığın nörolojik hastalıklar grubunda yer alan serebrovasküler hastalıklar ve Alzheimer hastalığı olduğu bulunmuştur (Enginyurt ve Öngel, 2012: 47).

Auvinen ve arkadaşlarının Finlandiya’da 512 evde bakım hastası ile yaptığı çalışmada, evde sağlık hizmeti alan hastaların ortalama yaşı 84 olduğu ve hasta başına ortalama kronik hastalık sayısının 6.3 olduğu saptanmıştır. Kaydedilen kronik hastalıklardan en yaygın olanları kardiyovasküler hastalıklar ve bunu kas-iskelet sistemi hastalıkları, diyabet, serebrovasküler hastalıklar ve herhangi bir tipte teşhis edilmiş demans takip etmiştir. Hastaların çoğunun günlük yaşamda yardıma bağımlı olduğu, kullandığı ortalama ilaç sayısının ortalama sayısı 15 ve düzenli olarak alınan ilaçların sayısı 10 olduğu saptanmıştır (Auvinen vd.,

2019:1475). Osakwe ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan sağlık sigortaları Medicare ve Medicaid'e kayıtlı evde sağlık hizmeti alan hastaların değerlendirdiği araştırmasında, evde bakım hastalarının çoğunun kadın ve ortalama yaşının 77 olduğu saptanmıştır. Hastaların yaklaşık üçte ikisinde (%65) günlük yaşam aktivitelerinde şiddetli bağımlılık bulunmakta olduğu saptanmıştır (Osakwe vd., 2019:5). Evde bakım gerektiren iki ana hasta kategorisi inme, bunama veya dejeneratif nörolojik rahatsızlığı olan yaşlılar ve palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalardan oluştuğu vurgulanmıştır (WHO, 2004: 47).

Evde sağlık hizmeti alan hasta/yakınlarının sağlık okuryazarlığı seviyesi: Kronik hastalıkların yönetimi için önemli olan sağlık okuryazarlığı, öz-bakım yönetimi, hastalık kontrolü ve hasta bakım eğitimleri özellikle afetlerde daha fazla ihtiyaç duyulan bir nitelik haline gelmektedir. Belirtilerin takibi, sorunların büyümeden ortadan kaldırılması ve kötüye gitmesinin önlenmesiyle sık hastaneye yatışların önüne geçilmesi için hastalık hakkında bilgi sahibi olmak ve nasıl yönetileceğini bilmek, hasta ve hasta yakını için büyük önem taşımakla birlikte, aynı zamanda afet ve acil durumlarda zarar görebilirliği azaltma potansiyeli taşımaktadır. Araştırmaya katılan hastaların sağlık okuryazarlığını tespit etmeye yönelik, eğitim durumu, bakım eğitimi alıp almadığı, sağlık kuruluşlarını kullanma bilgisi ve ilaç kullanımına yönelik bazı özellikler zarar görebilirliğin azaltılması yönünde iç açıcı bulgular sunmamaktadır. Nitekim araştırmaya katılan hastaların %49,0'unun okur-yazar olmadığı, %13,5'inin okur-yazar, %18,7'sinin ilkökul mezunu, %6,0'sinin ortaokul mezunu, %7,2'sinin lise mezunu, %5,6'sının ise üniversite mezunu olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Engel durumundan bağımsız sorulan soruda, birçok hastanın okul bitirmesine rağmen, gerçekte okuma yazma kapasitesi bulunmadığı saptanmıştır.

Enginyurt ve Öngel'in çalışmasında evde bakım hastalarının büyük bir çoğunluğun (%95,2) okur-yazar olmayan, okuryazar ve ilkökul mezunlarından oluştuğu, lise ve üniversite mezunlarının %4,8'lik orana sahip oldukları tespit edildi (Enginyurt ve Öngel, 2012: 47) Işık ve arkadaşlarının çalışmasında, %32,2'si okuryazar değil, %9,8 okuryazar, %43,9 ilkökul, %14 ortaokul ve üstü eğitim aldıkları bulunmuştur (Işık vd., 2016: 178). Evde bakım hizmeti alanlar üzerinde yapılan diğer araştırmalar da genel eğitim seviyesi ile birlikte sağlık okuryazarlığı konusunda da oldukça yetersiz seviyede bulunulduğunu göstermektedir. Evde bakım hizmeti alan hastaların ve bakım verenlerin düşük eğitim profili ve sağlık okuryazarlığı, hastaların sağlık ve bakım sırasında ilaç kullanım alışkanlıklarını, hizmete erişebilmeyi, beklenmeyen durumlarla başa çıkarak hastalığı yönetebilmelerini doğrudan etkilemektedir.

Levin ve arkadaşlarının bakım verenlerdeki düşük sağlık okuryazarlığının, bakım alan kişilerde daha düşük öz-bakım yönetimi davranışlarıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Levin

vd., 2014:758). Bakıcılarda düşük sağlık okuryazarlığı aynı zamanda, bakım alanın hastaneye yatış sıklığının ve süresinin artması ve bakım alanın sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ile de ilişkili bulunmuştur (Rahman, 2014:382). Bu tür bulgular afet ve acil durumun yarattığı kaotik ortamda meydana gelebilecek sorunların ve zarar görülebilirliğin boyutu hakkında fikir vermektedir.

Evde tıbbi tedavileri devam eden kronik hastalığa sahip bireylerin, hastalığının kontrol edilmesi, durumun kötüye gitmesini önlemekte, yaşam kalitesini artırmakta ve hastaneye sık yatışların önüne geçmektedir. Tıbbi bakım eğitimleri ile afet ve acil durumlar için ne yapılması gerektiğine ilişkin alınan eğitimler gerek hastaların gerekse bakım verenlerin yaşam kalitesini artıracak gibi, zarar görülebilirlik düzeyini de düşüren bir etki yaratacaktır.

Bu araştırmada, hasta ve yakınlarının aldığı tıbbi bakım eğitimleri sorgulandığında, katılımcıların %57,4'ü herhangi bir tıbbi bakım eğitimi almadığını bildirmiştir. Geri kalan hastaların bakım verenlerinin bazılarında birden fazla olmak üzere, %61,2'i öz-bakım yönetimi ve hastalık kontrolü eğitimi, %8,6'sı yara bakımı/pansuman eğitimi, %18,5'i PEG/ beslenme ve idrar sonrası konusunda eğitim aldığını, %10,5'i aspirasyon eğitimi %1,2'sinin diyaliz konusunda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, İstanbul'da inme hastalığı nedeniyle evde bakım hizmeti talep eden 42 hastaya bakım verenlerin hiçbirinin inmeli hasta bakımı ile ilgili bir eğitim almadığı saptanmıştır (Kaya vd., 2018:74). Şanlıurfa'da evde sağlık hizmeti alan 120 Tip 2 diyabetli hastanın, %23,4'ünün okuryazar olmadığı, %30,8'inin okuryazar, %33,3'ünün ilkokul mezunu, %12,5'inin lise mezunu ve üstü olduğu bulunmuştur. Hastaların %67,5'inin diyabet hastalığı ve yaklaşım konularında herhangi bir eğitim almadığı tespit edilmiştir (Akaltun ve Ersin, 2016: 128). Kalınkara ve Kalaycı'nın Denizli ve Isparta illerinde 65 yaş üstü hastalara evde bakım hizmeti veren 209 birey üzerinde yaptığı çalışmada, bakım verenlerin eğitim seviyesinin %9,6 okuryazar değil %54,5 okur-yazar veya ilkokul %23,4 orta dereceli okul %12,4 üniversite / yüksek okul olduğu, %87,1'sinin bakım eğitimi almadığı tespit edilmiştir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017:26). Çalışmayla benzer olacak şekilde, diğer araştırmalarda da evde sağlık hizmeti alan hastaların veya bakım verenlerinin çoğunun hasta bakımına yönelik eğitim almadığı saptanmıştır.

Araştırmada, hastaların %30,7'si son 1 aydan daha kısa bir süre önce hastaneye yatmıştır. %28,3'ü 3 aydan az, %13,5'i en son 6 ay önce ve %27,5'i ise en son 1 yıl önce hastaneye yatmışlardır. Bakım verenler, kronik rahatsızlığı olan veya bilişsel veya fiziksel bozukluğu olan yetişkinlere destek sağlamada hayati bir rol oynamaktadır. Bakım verenlerde düşük sağlık okuryazarlığı, yeterli bakım hizmetlerinin verilememesi ve sonuç olarak bakım

alanların sağlık sonuçlarını olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir. Bakım verenin eğitim seviyesinin düşük olması, hastada gelişen komplikasyon ve sorunları öngörememesi veya yönetememesi neticesinde sık hastaneye yatışlara sebep olabilmektedir. Sık hastaneye yatışlar, özellikle kronik hastalıkların kontrol altına alınamadığı zamanlarda artış gösteren bir durumdur. Afet ve acil durumlarda kapasite artışı nedeniyle ihmal edilen hasta grubunun kendi koşullarında hastalıklarını kontrol etmeleri önemlidir. Hastalık kontrolü ve bakım eğitimlerinin artırılması ile bu oranın azaltılabileceği düşünülmektedir.

Afet deneyimi ve hazırlık durumları: Araştırmada 109 (43,4%) kişi daha önce afet yaşadığını, 142 (%56,6) kişi ise daha önce hiç afet yaşamadığını söylemiştir. Araştırmada hasta ve hasta yakınının afet ve acil durum çantası bulunmayanların oranının %9,2 ve zorunlu deprem sigortası bulunanların oranının sadece %16,3 olması ve ilaç stoğu sorgulamasında yeterli hazırlığın olmaması, afet deneyimi oranının yüksekliğine rağmen vahim bir tablodur. Özel gereksinimi olan grup içinde olan ve kırılganlık seviyesi yüksek olan kronik hastaların ve bakım verenlerinin afet bilincinin yetersizliği hatta yokluğu konusunda önemli ipuçları veren bu bulgular afetlerde zarar görülebilirlik riskine maruz olması muhtemel kesimi gözler önüne sermektedir.

Suriyeli evde sağlık hizmeti alan hastaların sağlık okuryazarlığı: Olağan zamanda hastalıkların yönetilememesi, afet ve acil durumlarda daha büyük riskleri beraberinde getirecektir. Araştırmada, İzmir ili Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı göç mağduru Suriye uyruklu hastalara da ulaşılmış, onların sağlık okuryazarlık seviyeleri ve sağlık hizmetine erişebilme düzeyleri incelenmiştir. Literatürde, Suriyeli evde bakım hastalarına yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle Suriyeli evde bakım hastalarına yönelik yapılacak tespitler, Türk uyruklu evde bakım hastaları ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Yurtseven ve arkadaşlarının Ege Üniversitesi Çocuk Acil Servisine başvuran Suriyeli çocuklar üzerine yaptığı araştırmada, Suriyeli hastaların Türk hastalara kıyasla daha ciddi hastalıklar nedeniyle acil servise başvurduğu tespit edilmiştir (Yurtseven vd., 2015: 136). Balcı ve arkadaşlarının yardım derneğine başvuran Suriyeli sığınmacılar üzerinde yaptığı çalışmada, kronik hastalıklarının yanı sıra, hastaların tanı almamış öksürük, göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı şikayetleri bulunmakta, yine yüksek oranda %74 tanısı konulmamış ağrı şikayetine sahiptir (Balcı vd., 2016: 154). Bu sonuçlar, Suriye uyruklu hastaların hastane başvurularını geciktirdiğini, ertelediğini ya da hizmet alma noktasında son ana kadar beklediği varsayımını destekler niteliktedir.

Araştırmada hastalarının sağlık durumlarının ani değişikliğinde ilk başvuru kurum değerlendirildiğinde Türk hastaların büyük çoğunluğu ilk başvuruyu %57,8 ile 112 Acil Yardıma,

%30,4'ü evde sağlık hizmetlerine yaparken, Suriyeli hastalarda bu durum daha farklıdır. Suriyelilerin büyük çoğunluğu ilk başvuruyu %64,4 hastanelere yapmaktadır. Suriyelilerde 112 Acil Yardıma başvuranların oranı %21,1'dir. Çalışmada ayrıca, Suriyeli hasta ve yakınlarının %92,2'sinin hiç bakım eğitimi almadığı görülmektedir. Türk hasta ve yakınlarında ise bakım eğitimi almayanların oranı %37,9'dur. Bu sonuçlar, dil engelleri ve sağlık okuryazarlığının düşüklüğü sebebiyle Suriyeli hasta ve yakınlarının sunulan sağlık hizmetlerinden diğer hastalara göre çok daha az yararlandığını ortaya koymaktadır.

Suriyeli hastaların hizmet alan yönüyle değil, sağlık hizmeti verenlerin gözüyle değerlendirildiği Gaziantep'te sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, iletişim gücü nedeniyle sorun yaşayanların oranının %86,4 olduğu, katılımcıların %48,2'sinin Suriyeli hastaların sağlık sorunu yaşadıklarında nereye başvuracakları bilgisine sahip olmadıklarını belirtmişlerdir (Soysal ve Erkek, 2019:21).

Suriyeli hasta ve yakınlarına ilişkin bulgular değerlendirildiğinde, dil engelinden dolayı sağlık hizmetine erişimde güçlük çekmesi, hasta bakım eğitimi alamaması, acil durumlarda iletişim numaralarını yeterince bilmemesinin düşük sağlık okuryazarlık seviyesine yol açtığı, afet ve acil durumlarda bu durumun zarar görebilirliği artıracığı öngörülmektedir. Afet ve acil durumda sistemin doğru işlemesi için, öncelikle normal olarak nitelendirilen zamanda işleyişin verimli ve sağlıklı olması gerekmektedir. Suriyeli hasta ve yakınlarının bu konuda kendi dillerinde daha fazla bilgilendirilmesi, sağlık hizmetleri ve imkânlarına ulaşabilmeleri açısından önem taşımaktadır.

Acil durum ve afetlerde kronik hastalıklara bağlı sorunların etkin yönetilmemesinin kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri olacaktır. Bu nedenle, acil durum ve afet sırasında ve sonrasında sorunların veya geçici çözümlerin sadece bireysel sağlığa yönelik olumsuz etkileri yoktur, aynı zamanda toplum sağlığına ve sosyo-ekonomik yönden kalıcı zararları olabilmektedir. Kısa bir süre için bile uygun bakımın olmaması, daha fazla düzeyde kronik sorunlar ve ıstırapın yanı sıra, engelliliği artırması, hane bütçesi ve devlet bütçesi içinde sağlık harcamalarının yükselmesi ile iş gücü kaybıyla yoksulluğu artırması ile sonuçlanabilir.

SONUÇ

Acil durum ve afetlerde kronik hastalıklara bağlı sorunların etkin yönetilmemesinin kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri olacaktır. Bu nedenle, acil durum ve afet sırasında ve sonrasında sorunların veya geçici çözümlerin sadece bireysel sağlığa yönelik olumsuz etkileri yoktur, aynı zamanda toplum sağlığına ve sosyo ekonomik yönden kalıcı zararları olabilir. Kısa

bir süre için bile uygun bakımın olmaması, daha fazla düzeyde kronik sorunlar ve ıstırabın yanı sıra, engelliliği artırması, sağlık harcamaları ve iş gücü kaybıyla yoksulluğu artırması ile sonuçlanabilir.

Kronik hastalığı olan bireylerin ve bakım verenlerinin, hastalığa ait belirtileri erken fark etmesi ve hastalıkların kötüye gidişini önlemeleri açısından okuryazarlık seviyesi, sağlık okuryazarlığı, öz-bakım yönetimi ve hastalık kontrolü eğitimleri, sağlık hizmetine erişimi önem taşımaktadır. Sonuçlar değerlendirildiğinde, araştırma grubunda sağlık okur-yazarlığının düşük olması, hastalığa yönelik eğitimlerin yetersizliği, dil engeli, hasta bakım eğitimi alanların oranında düşüklük, hizmete erişimde yaşanan sorunlar, hastaneye giderken ve sağlık hizmeti alırken kurumlardan daha az faydalanılması, sık hastaneye yatışlara ve buna bağlı olarak hayat kalitesinin düşmesi ve hayatı tehdit etmesine neden olmaktadır.

Olağan koşullarda yaşanan bu sorunlar, afet ve acil durum gibi olağan dışı koşullarda etkisini artırarak sürdürmektedir. Zarar azaltma yaklaşımı, önlenemeyen hastalıkları kontrol etme ve olası afet/acil durumda kontrolden çıkmaması için rutin işleyişi düzen içinde yürütmeyi sağlanması, sağlık okuryazarlığının artırılması, sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmak, güvenlik kültürünü içselleştirmek gerektirmektedir. Toplumun korunmasına yönelik modern, önleme odaklı bir afet yönetim sisteminde, olası tehlike ve riskleri hesaplamanın yanı sıra, var olan zarar görülebilirlikler de göz önünde bulundurularak, her bir afet tipine ayrı hazırlanacak senaryolar ile disiplinler arası bütünsel bir yaklaşımla kapsamlı planlar hazırlanmalıdır.

Yazar Katkıları

G.A.A, ve Ö.Ç. araştırma tasarımı; G.A.A veri toplama; G.A.A, ve Ö.Ç. veri analizi; G.A.A. ve Ö.Ç. makale yazımına katkı sunmuştur.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynakça

Akaltun, H., ve Ersin, F. (2016). Evde Bakım Hizmeti Alan Diyabetli Hastaların Diyabet Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4).

Auvinen, K., Räisänen, J., Merikoski, M., Mäntylä, A., Kumpusalo-Vauhkonen, A., Enlund, H., Liukkonen, T., Jyrkkä, J., Lönnroos, E., Mäntyselkä, P. (2019). The Finnish Interprofessional Medication Assessment (FIMA): Baseline Findings From Home Care Setting. *Aging Clinical And Experimental Research*, 31(10), 1471-1479.

- Balcı, L.A., Alptekin, H.K. ve Alkan, M. (2016) Suriyeli Sığınmacılarda Kronik Hastalık ve Fiziksel Sağlıkla İlgili Problemlerin Belirlenmesi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 3(1),146-156.
- Çatak, B., Kilinç, A.S., Badillioglu, O., Sütü, S., Sofuoğlu, A.E., ve Aslan, D. (2012). Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. *Turkish Journal of Public Health*, 10(1),13.
- Çubukçu, M. ve Yazıcıoğlu, B. (2016). Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Değerlendirilmesi. *Ankara Tıp Dergisi*, 16(4), 325-31.
- Demaio A, Jamieson J, Horn R, de Courten M, Tellier S. Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action. *PLOS Currents Disasters*. 2013 Sep 6. Edition 1
- Ekşi, A. (2015). *Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. İzmir: KitapAna.
- Enginyurt Ö., Öngel K. (2012). Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*; 2(1),45- 48.
- Greenough, P.G., Lappi, M.D., Hsu, E.B., Fink, S., Hsieh, Y.H., Vu, A., ... ve Kirsch, T.D. (2008). Burden of Disease and Health Status Among Hurricane Katrina–Displaced Persons in Shelters: A Population-Based Cluster Sample. *Annals of Emergency Medicine*, 51(4),426-432.
- Hajat, C., & Stein, E. (2018). The Global Burden Of Multiple Chronic Conditions: A Narrative Review. *Preventive Medicine Reports*, 12, 284–293.
- Bitek, D. E., Helvacı, M., Arıkan, H. S., & Ulukoca, N. (2019,). Kırklareli İl Merkezinde Evde Bakım ve Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Bireylerin Yeti Yetimi, Yaşam Alanı Tedbirleri ve Eğitim Alma Durumlarının Değerlendirilmesi. In 3. *International 21. National Public Health Congress*.
- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M.A., Fidan, C. (2016). Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2).
- Kalınkara, V., ve Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39.
- Karaman, D., Kara, D., Yalçın Atar, N. (2015). Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (3), 347-359.
- Karaman, Z.T. (2017). Afet Yönetimine Giriş ve Türkiye’de Örgütlenme. Ed: Zerrin Toprak Karaman ve Asuman Altay. (ss. 221-250). *Bütünleşik Afet Yönetimi* (ss: 1-36). İzmir: Birleşik Matbaacılık.
- Kaya, Ç.A., Mercan, E., Çiçili, S. (2018). Evde Sağlık Hizmeti Almak İçin Başvuran İnmeli Hastaların Sağlık ve Bakım İhtiyaçları. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(3),69-77.
- Kobayashi, S., Hanagama, M., Yamanda, S., Satoh, H., Tokuda, S., Kobayashi, M., ... ve Yanai, M. (2013). The Impact of A Large-Scale Natural Disaster on Patients with Chronic Obstructive Pulmonary

Disease: The Aftermath of The 2011 Great East Japan Earthquake. *Respiratory Investigation*, 51(1),17-23.

Levin J.B., Peterson P.N., Dolansky M.A. & Boxer R.S. (2014) Health Literacy And Heart Failure Management İn Patient Caregiver Dyads. *Journal of Cardiac Failure*. 20 (10),755–761.

Miller, A.C., ve Arquilla, B. (2008). Chronic Diseases and Natural Hazards: Impact of Disasters on Diabetic, Renal, and Cardiac Patients. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(2),185-194

Mokdad AH, Mensah, GA, Posner SF, Reed E, Simoes EJ, Engelgau MM. and the Chronic Diseases and Vulnerable Populations in Natural Disasters Working Group. (2005). When Chronic Conditions Become Acute: Prevention and Control of Chronic Diseases and Adverse Health Outcomes During Natural Disasters. *Prev Chronic Dis*, 2 Spec no: A04.

Okay N. ve İnal E. (2019). Kırılganlıktan Kapasite Geliştirmeye. *Dirençlilik Dergisi*. 3(1), 85-99.

Osakwe, Z. T., Larson, E., Andrews, H., & Shang, J. (2019). Activities of daily living of home healthcare patients. *Home Healthcare Now*, 37(3),165-173.

Özer Ö. Şantaş F. (2012). Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2(3),96-103.

Rahman T.T.A. (2014) Health Literacy: Prevalence Among Elderly Care Givers and Its Impact On The Frequency Of Elderly Hospitalization And Elderly Health Related Quality of Life. *Advances in Aging Research* 3 (5), 380–387.

Spiegel, P., Khalifa, A., ve Mateen, F.J. (2014). Cancer in Refugees in Jordan and Syria Between 2009 And 2012: Challenges And The Way Forward İn Humanitarian Emergencies. *The Lancet Oncology*, 15(7), E290-E297

Soysal, A., Erkek, S. (2019). Sağlık Hizmetleri Sunumunda Suriyeli Hastalarla Karşılaşılan Sorunlar: Gaziantep İlinde Bir Araştırma. *International Kahramanmaraş Management, Economy And Politics Congress 11-12 April 2019 Kahramanmaraş/Turkey* (P. 13).

Tomio, J., ve Sato, H. (2014). Emergency and Disaster Preparedness for Chronically Ill Patients: A Review of Recommendations. *Open Access Emergency Medicine: OAEM*, 6, 69.

UN (2017). The Sustainable Development Goals Report 2017. <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/thesustainabledevelopmentgoalsreport2017.pdf> (Erişim Tarihi 08.06.2021).

UN (2020). The Sustainable Development Goals Report 2020. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf> (Erişim Tarihi 20.05.2021).

WHO. (2004). Comprehensive community-and home-based health care model (No. Regional Publication No. 40). WHO Regional Office for South-East Asia.

WHO. (2013) *Global Action Plan for The Prevention and Control of Non communicable Diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2018). *World Health Statistics 2018: Monitoring Health For The SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization

WHO. (2020). *World Health Statistics 2020: Monitoring Health For The SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization; 2020.

Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Yurtseven, A., Özcan, G., ve Saz, E. U. (2015). Çocuk Acil Servise Başvuran Suriyeli Hastalarla Türk Hastaların Karşılaştırılması: Ege Üniversitesi Deneyimi. *J Pediatr Emerg Intens Care Med*, 2, 133-6.