

Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durum Afetlere Bireysel Hazırlık ve Bunları Etkileyen Faktörler

Ali Arslanoğlu¹, Mustafa Erdoğan², Yalçın Dündükcü³, Serdar Keçeli⁴

Öz

Çalışmanın amacı daha önce afet yaşamış kişilerin Sağlık İnanç Modeline göre acil durum/afet bilinci ve algılarına etki eden faktörlerin belirlenmesidir. Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak, Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı alt faktörlerin tanımlanması ile oluşturulan anketlerle elde edilmiştir. Araştırmanın evrenini Kocaeli/Gölcük ilçesinde yaşayan 25.000 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçiminde tabakalı örneklem metodu kullanılmıştır. Örneklem tespitinde Kocaeli Gölcük ilçesinde özellikle 1999 yılında yıkımın fazla olduğu merkez mahallelerde yaşayanlar çalışma kapsamına alınmıştır. Bu kapsamda hazırlanan anket katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 14 soru ve Sağlık İnanç Modeli 33 maddesinden oluşmaktadır. Anketlerde verilen cevapların farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t testi ve tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Alt boyutlar arasındaki ilişkiyi görmek içinde Kolerasyon testi uygulanmıştır. Araştırmaya katılanların %62,9'unun erkek olduğu, %70,8'inin evli olduğu, %28,1'inin 26-33 yaş aralığında olduğu, %34,2'nin lise mezunu olduğu, %61,8'inin kamu çalışanı olduğu, %58,5'inin daha önce afet yaşadığı, %53,1'inin 17 Ağustos 1999 Marmara Depremini yaşamadığı, %71'inin acil durum/afetlere hazırlıklı olmadığı, %87,9'unun bireysel acil durum/afet çantasının olduğu, %50,4'ünün acil durumlar/afetler konusunda eğitim almadığı, %54,5'inin ilk yardım eğitimi almadığı, %83,3'ünün temel afet bilinci eğitimi almadığı, %97,1'inin toplum afet gönüllüsü eğitimi almadığı son olarak %4,7 sinin diğer eğitimleri aldığı görülmektedir. Öz yeterlilik ile eyleme geçiriciler arasında İstatistiksel olarak anlamlı, pozitif, doğrusal ve orta düzey bir ilişki vardır. Öz yeterlilik ile algılanan engeller arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif, doğrusal ve çok zayıf bir ilişki vardır. Genel olarak bakıldığında, daha önce acil durumlar ve afetler ile doğrudan veya dolaylı şekilde bu durumu yaşamış ya da duyduklarından dolayı endişe ve korkuya kapılmış, böyle bir durumla bir daha karşı karşıya gelmemeyi isteyen ve bunu istese de bunun kaçınılmaz bir gerçek olduğunun farkında olan çalışanlar, kendilerini afet bilinçlerini, duyarlılıklarını, algıladıkları engelleri ve yararlarını, eyleme geçirici ve öz yeterlilik algılarını böylesi durumlara hazır hale getirmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Afet, Acil Durum, Deprem, Sağlık İnanç Modeli

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul
İlgili Yazar e-posta / Coresponding author e-mail: aliarslanoglu18@gmail.com ORCID No:0000-0002-4454-0397

² Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sakarya
e-posta / e-mail: mtkerdogan1907@gmail.com ORCID No: 0000-0002-5840-9939

³ Sakarya Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Afet Yönetimi Bölümü, Sakarya
e-posta / e-mail: ylcn.ddkc@hotmail.com ORCID No: 0000-0002-1969-1732

⁴ Doktor, Milli Savunma Üniversitesi, İstanbul,
e-posta / e-mail: serkec@yahoo.com ORCID No: 0000-0001-7515-0757

Bu makaleye atıf yapmak için / To cite this article

Arslanoğlu, A., Erdoğan, M., Dündükcü, Y. ve Keçeli, S., (2023). Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Acil Durum Afetlere Bireysel Hazırlık ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Afet ve Risk Dergisi*, 6(2), 367-390.

Individual Preparedness for Emergency Disasters Based on the Health Belief Model and Factors Affecting These

Abstract

The aim of the study is to determine the factors affecting the emergency/disaster awareness and perceptions of people who have previously experienced a disaster according to the Health Belief Model. This study was planned as descriptive and cross-sectional type. The data were obtained with questionnaires created by the researchers through a literature review and the definition of sub-factors based on the Health Belief Model. The population of the study consists of 25.000 people living in Kocaeli/Gölcük district. Stratified sampling method was used in sample selection in the study. In the determination of the sample, those living in the central neighbourhoods of Kocaeli Gölcük district, where the destruction was high in 1999, were included in the study. The questionnaire prepared in this context consists of 14 questions about the socio-demographic characteristics of the participants and 33 items of the Health Belief Model. In order to determine whether the answers given in the questionnaires differed, t test and one-way ANOVA test were applied. The correlation test was applied to see the relationship between the sub-dimensions. It was found that 62.9% of the participants were male, 70.8% were married, 28.1% were in the 26-33 age range, 34.2% were high school graduates, 61.8% were public employees, 58.5% had experienced disasters before, 53.1% had not experienced the 17 August 1999 Marmara Earthquake, 71% were not prepared for emergencies/disasters, It is seen that 87.9% of the participants had an individual emergency/disaster kit, 50.4% did not receive training on emergencies/disasters, 54.5% did not receive first aid training, 83.3% did not receive basic disaster awareness training, 97.1% did not receive community disaster volunteer training and finally 4.7% received other trainings. There is a statistically significant, positive, linear and moderate relationship between self-efficacy and mobilisers. There is a statistically significant, positive, linear and very weak relationship between self-efficacy and perceived barriers. In general, the employees who have experienced emergencies and disasters directly or indirectly or who have been worried and frightened because of what they have heard, who want not to face such a situation again and who are aware of the fact that it is an inevitable reality even if they want to do so, have made themselves ready for such situations in terms of disaster awareness, sensitivity, perceived barriers and benefits, perceptions of enablers and self-efficacy.

Keywords: Disaster, Emergency, Earthquake, Health Belief Model

1. GİRİŞ

Küresel olarak dünyada her yıl 500 üzerinde deprem olduğu bildirilmektedir. Bu depremlerin ise sadece %20'si hissedilmektedir. AFAD verilerine göre Türkiye'de sadece 2020 yılında 33 bin 824 yer sarsıntısı kaydedilmiş ve önceki yıllara oranla %44 lük bir artış olduğu bildirilmiştir. Tarihsel süreçte ise sonuçları daha ağır olmakla birlikte 1500'lü yıllardan bu zamana 7 ve üstü 23 deprem olduğu bilinmektedir. Alan yazın incelendiğinde bu depremlerin kronolojik olarak, 1509 İstanbul Depremi (7,2), 1939 Erzincan Depremi (7,9), 1976 Çaldıran Depremi (7,5), 1999 Gölcük (Kocaeli) Depremi (7,4), 1999 Düzce Depremi (7,2), -2003 Bingöl Depremi (6,4), 2011 Van Depremi (7,2), 2020 Elâzığ Depremi (6,8), 2020 İzmir Seferihisar Depremi (6,6) ve Kahramanmaraş Depremleri (7,8 ve 7,5) olduğu görülmektedir.

Can ve mal güvenliği açısından telafisi mümkün olmayan bu depremler için öncesinde, sırasında ve sonrasında alınması gerekli önlemler ile oluşabilecek ağır sonuçların önlenmesi veya azaltılması mümkün olabilmektedir. Bu kapsamda yapılması gereken tüm hazırlıkların özellikle deprem kuşağında olan coğrafyadaki yapıların depremlere dayanıklı yapılmasından başlayarak düzgün bir şehir planlamasına, toplumun temelini oluşturan bireylerin eğitiminden başlayarak tüm toplumun eğitimi ile toplumsal hazır bulunuşluğun sağlanmasına kadar birçok mücadele unsurunu bünyesinde barındıran multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmesi gerekmektedir.

Araştırmada özellikle sonuçları ağır olan 1999 Gölcük depreminin üzerinden geçen 20 yılda bu depremi yaşamış ve yaşamamış bireylerdeki hazır bulunuşluğun ne seviyede olduğunun tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda araştırma yaşanan bu acı tecrübe sonrasında geçte bu uzun zamanın bireylerin hazır bulunuşluğunu değerlendirmek ve önerilerde bulunmak için tasarlanmıştır. Bu kapsamda araştırmanın nihai amacı daha önce afet yaşamış ilçedeki 18 yaşından büyük kişilerin Sağlık İnanç Modeline göre acil durum/afet bilinci ve algılarına etki eden faktörlerin belirlenmesidir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Dünya Sağlık Örgütü, 1978 yılında düzenlenmiş olan Alma-Ata Bildirgesi çerçevesinde toplumu ilgilendiren sağlık problemleri, bu problemlerin önlenmesi ve denetlenmesi bağlamında halkın eğitime tabi tutulması gerekliliği üzerinde karar almıştır (Sevencan, 2017). Bildirge doğrultusunda, sağlık eğitimini, şahısların “kendi ve diğerlerinin sağlıkları hususunda sorumluluk almaya” bir araç olarak tanımlamışlardır. Sağlık davranışını ise sağlıklı olmaya giden yolda hayata geçirilen bilgi, uygulama ve yaklaşımlar şeklinde açıklamışlardır (Koyun, 2013). Sağlık eğitimi bağlamında çok farklı teori ve modeller geliştirilmiştir. Davranış değişikliğine yol açması için bu teori ve modeller bazen tek başına yeterli gelirken bazen de kombine kullanılabilir. Bu bağlamda sağlık davranışı hususunda sıklıkla Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi, Değişim Aşamaları Modeli, Sağlık İnanç Modelleri kullanılmıştır (Özvarış, 2001; Koyun, 2013). Sosyal-Bilişsel Öğrenme Teorisi, insan davranışlarının birey ve etkileşim içinde bulunduğu on yedi (17) çevre ile sürekli ve karşılıklı etkileşimin bir neticesi olduğunu kabul etmektedir. Değişim Aşamaları Modeli ise, sigara bıraktırma araştırmalarında yaygın olarak kullanılmasına karşın, bu modelde en önemli eylem çalışmaların ve aksettirilecek mesajların değişim sürecinin ilgili aşamasına özgü bulunmasıdır. Son olarak Sağlık İnanç Modeli, kişilerin sosyo-demografik özellikleri, bilgi ve tutumlarının neticesi olduğunu savunmaktadır (Özvarış, 2001).

Sağlık inanç modeli kişilerin davranışları ile inançları arasında bir ilişkinin varlığından söz edilen ve davranış bilimlerinden adapte edilen ilk model olma özelliğindedir. Bu modele göre, bireyi sağlığa dönük aksiyonları hayata geçirmeye veya geçirmemeye neyin motive ettiğini tespit etmeye dönük bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Kısaca modele motivasyon teorisi de denebilir. SAĞLIK İNANÇ MODELİ 1950’de bir grup sosyal psikolog tarafından Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Halk Sağlığında; sağlık eğitiminin etkinliğini, etkililiğini ve verimliliğini arttırmak, aynı zamanda koruma ve tarama programlarına katılımın neden düşük olduğunu açıklamak amacıyla geliştirilmiştir (Champion, 1984). Modelin oluşum sürecinde yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum gibi bileşenlerin sağlık davranış ve tutumlarına etki ettiğini; fakat tarama programlarının ücretsiz ve kolay kullanım olma durumun da dahi sosyo-ekonomik seviyesi düşük kişilerin bu hizmetten daha az yararlandıkları fark edilmiştir (Poss, 2000; Onega ve Jensen, 2004; Heiss, 2005). Buradan yola çıkılarak davranışa etki eden başka faktörlerinde olabileceği düşünülmüştür. Bu model bazı kişilerin kendi sağlığını korumada sorumluluktan kaçınmaz iken; bazılarının neden sorumluluk almadıklarını ortaya koyabilmeyi de amaçlamaktadır (Mathre, 2004; Corner ve Berkshire, 2005). Sağlık inanç modeli temelde sağlık davranışları bağlamında ele alındığında, hastalığa yakalanma ihtimali, bu hastalığın ciddiyeti ve hastalığa engel olunma adına hayata geçirilecek davranışlar neticesi, hastalığa yakalanma olasılığının azalmasını uyarlanması ile yapılan ilk model olarak karşımıza çıkmaktadır (Wallece vd., 2004; Doheny vd., 2012; Nguyen., 2017). Bu model her ne kadar başlarda sağlık taramalarında katılımı engelleyen etmenleri belirlemek amacıyla kullanılsa da günümüzde hastalık karşısında hastaların veya hasta adaylarının hastalığa karşı vereceği davranışları incelemek ve negatif faktörlerin elemine edilmesi adına alınacak tedbirlerin açıklanmasında sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Nahcivan ve Seçginli, 2003; Çenesiz ve Atak, 2007). Sağlık inanç modeli 1974 yılında Rosenstock daha sonra 1975 yılında Becker ve Maiman adlı araştırmacılar tarafından revizeye tabi tutulmuştur. 1984

yılında Victorya sağlık inanç modeli temelli ölçeği ilk önce meme kanseri ile mamografi taramalarında kullandı. Champion daha sonra ölçeği geliştirerek revize etmiştir (Champion, 1984). Sağlık inanç modeli temel bileşenleri bağlamında önce duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algısı olarak belirlenmiş; daha sonra değişik araştırmacılar tarafından eyleme geçiriciler, etkililik ve yeterlilik ile sağlık motivasyonu gibi alt boyutlar modele sonradan eklenerek araştırmalar yapılmıştır (Becker ve Janz, 1985; Colombo vd., 2006; Borrill ve Woodhead, 2007). Sağlık inanç modeline göre davranışları etkileyen etmenler birbirleri ile etkileşime girerek şahsın eylemine yön vermektedir (Champion ve Skinner, 2008).

Duyarlılık Algısı: Şahsın sağlığı ile alakalı negatif değişiklikleri bir tehdit bir risk olarak algılanmasıdır. Kişinin hastalığı algılama derecesini, sosyo-ekonomik, demografik, psiko-sosyal, tecrübeler ve ailede hasta bireylerin varlığı gibi faktörler artırmaktadır (Glanz vd., 2002). Örneğin, bir kişinin aile bireylerinde akciğer kanseri görülmüş ise şahısta sigara içiminin akciğer kanseri riskini artırdığı ve orta yaşta bırakmanın riskin belirgin şekilde azalttığı ve orta yaştan önce sigara kullanımının bırakılması halinde %90'dan fazla azaldığı bilgisini edinmiş ise kişinin sigara bırakma olasılığı büyük oranda artmaktadır (Grubbs ve Tabano, 2000). Diğer bir örnekte; demografik değişkenlerinden yaş ele alındığında, AIDS'ten korunmadaki yaş grubu ile kalp damar hastalıklarından korunmadaki yaş grupları farklılaşmaktadır. Duyarlılık arttıkça kişi riski minimize etmek için davranış gösterme eğiliminde bulunmaktadır. Örneğin; daha önceki doğumunda veya doğumlarında negatif bir tecrübe geçiren kadın, doğum şeklinde değişikliklere gidecek davranışlar sergilemektedir. Jirojwong ve diğerlerinin 2001 yılında yaptığı araştırmada meme kanserine karşı algılanan hassasiyet skoru yüksek olan kadın hastaların, hastalığın gerektirdiği tetkikleri yaptırma eyleminin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Jirojwong vd., 2001; Pang vd., 2008). Duyarlılık algısı ne derece yüksek ise kişi kendini koruyucu aksiyona geçme olasılığı derecesi yüksek olmaktadır. Bu sebeple bireyleri hastalığın düşük veya yüksek olasılıkla her zaman var olabileceğine inandırmalıdır. Bu amaç kapsamında eğitimsel girişim çalışmalarlarıyla kişilerin hassasiyet algılarının artırıldığı çalışmalar yapılmıştır (McDonald vd., 2004).

Ciddiyet Algısı: Hastanın uygun görülen tedaviye uyulmadığı veya tedavinin reddedilmesi halinde meydana gelebilecek neticelerden, kişinin bilgi sahibi olup olmaması durumunu kapsamaktadır. Kişide bu ciddiyetin oluşması, kişinin hayat tecrübesine ve aile bireylerinde rastlanan hastalıklar neticesinde meydana gelmektedir. Bireyde oluşan algılanan ciddiyetin azlığı veya çokluğu; sağlık probleminin ölüme sebebiyet verip vermediği, mental-fiziksel fonksiyonlarda azalma olup olmadığı veya sağlık probleminin kişiyi sakat bırakıp bırakmadığı ile doğru orantılıdır. Kısaca kişinin; ölüm, sakat kalma, ağrı ve sosyal kayıplarla alakalı değerlendirme yapması durumudur. Örnek olarak; normal bir sağlığa sahip bir hastanın soğuk algınlığı ile KOAH tanısı konmuş olan bir hastanın soğuk algınlığı aynı etkiye sahip olmamaktadır. Diğer bir örnekle; aileden, bulunduğu ortamdan, medyadan vb. edindiklerine dayanarak, artan meme ve serviks kanseri, algılanan ciddiyetle doğru orantılı, kontrollerde artışlar meydana gelmektedir (Jirongwong vd., 2001; Tuong-Vi, 2007). İşte böyle durumlardaki fark, bize ciddiyet algısı bileşenini vermektedir (Champion, 1984; Grubbs ve Tabano, 2000; Clemen vd., 2002).

Yarar Algısı: Kişinin hastalıktan korunma veya şiddetini minimize etme adına tavsiye edilen korumaya yönelik davranışın kendinde meydana getireceği yarara inanması şeklinde ifade edilmektedir (Hayden, 2009). Örn.; vaginal doğumu tercih eden kadınların algıladıkları faydalar (hızlı iyileşme, erken taburcu olma, insizyon izi olmaması vb.) göz önüne alındığında Çin (%98), Singapur (%91,5) ve Türkiye (%89) oranında fayda, avantaj olarak bildirmişlerdir. Diğer örn.; kişi önerilen sigarayı bırakma tutumunun ne oranda yararlı olduğunu düşünür ise, o oranda bu tutum ve davranışa uyum sağlamakta ve kabul etmektedir (Chong ve Mongelli, 2003; Loke vd., 2015).

Engel Algısı: İnanç bir davranışı hayata geçirmek için tek başına yeterli gelmemektedir. Kişilerin inançları tam olsa da çeşitli engeller karşısına çıkmaktadır. Bireylerin yeni edindikleri davranışları hayatına geçirmede kişisel olarak algıladıkları engellerdir. Koruyucu sağlık

davranışını kişilerin benimsemelerini engelleyen en önemli değişken algılanan yarar ile algılanan engel arasındaki farktır. Örnekleri sıralayacak olursak; kişi sağlığını tehdit eden davranışın herhangi bir değişikliğe sebep olmayacağını düşünmek, kendisinde bulunan bu davranışın yakın çevresi tarafından bilinmesinin verdiği tedirginlik, hangi davranışı sergilerse sergilesin bu hastalıktan kurtulamayacağına inanması, sigara bırakma gibi bir davranışı nasıl yapacağına kimlerden yardım alacağına dair hususlarda bilgi sahibi olamadığı için sigarayı bırakamaması, hekim bayan hastasına yürüyüş önerdiği halde kişinin aile hayatının buna müsaade etmemesi gibi örnekler verilmektedir (Champion, 1984; Champion ve Skinner, 2008; Tuzcu ve Bahar 2012).

Eyleme Geçiriciler: Sağlık hizmetleri bağlamında koruyucu davranışları aksiyona dönüştüren tetikleyici faktörler vardır. İç ve dış faktörler olarak iki grupta incelenebilmektedir. Kişinin mustarip olduğu hastalığı veya yetmezliğe ait rahatsızlıkları hissetmesini iç faktörler grubunda; medya kitlesi, posterler, bilboardlar, tavsiyeler, gazeteler, makaleler ve magazinler vb. dış faktörler grubunda ele almak mümkündür (Clemen vd., 2002; Champion ve Skinner, 2008).

Öz Yeterlilik: Kişilerin edinilecek davranışa dönük harekete geçebileceğine ve bu davranışı edinmede başarılı olacağına dair olan inancı şeklinde ifade edilmektedir. Böylelikle öz yeterliliği düşük kişilere nazaran daha kolay bir şekilde eyleme geçmektedir (Champion ve Skinner, 2008).

Sağlık Motivasyonu: Kişinin sağlığına dair beklenen neticelere ulaşması ve sağlığını koruyabilmek için yaptığı davranışlar bütünü olarak ifade edilmektedir (Strecher ve Rosenstock, 1997).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yöntemi, Evren ve Örneklemi

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak, Sağlık İnanç Modeli' ne dayalı alt faktörlerin tanımlanması ile oluşturulan anketlerle elde edilmiştir.

Çalışma Kocaeli'nin Gölcük ilçesinde yapılmıştır. Çalışmanın evreni toplam 25.000 kişiden oluşmaktadır. Yapılan güç analizi (G-Power) sonucunda %95 güvenirlilik, %0,05 anlamlılık düzeyinde, 0,25 etki büyüklüğüne göre örneklem sayısı 400 olarak belirlenmiştir. Araştırmada yüz yüze ve çevrimiçi olarak dağıtılan 600 anketten 98 tanesi geri dönmemiş 54 tanesinin ise uygun doldurulmadığı görülerek araştırma kapsamına 448 anket dâhil edilmiştir. Tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Sekaran'a göre, 100.000 ve üzeri evren büyüklükleri için 448 örneklem büyüklüğü yeterlidir. Araştırmaya 18 yaş ve üzeri olan kişiler dâhil edilmiştir. 18 yaş altı olanlar araştırma kapsamı dışında tutulmuş ve toplanan anketlerden 152 eksik ya da yanlış doldurulanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırma verileri ilk olarak Excel Programında toplanmış, gerekli dönüştürme, düzeltme işlemleri gerçekleştirildikten sonra SPSS-23 paket programından faydalanılmıştır. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics v23.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler frekans ve yüzdelerle tanımlanmıştır. Ölçek ve alt boyutlarının güvenirliliği Cronbach Alpha Yöntemi ile test edilmiş ve $\alpha > 0.70$ bulunması halinde çalışma devam edilmiştir. Veriler normal dağılıma uygunluğu için basıklık ve çarpıklık testleri uygulanmış ve normal dağılım gösterdiği için Pearson korelasyon katsayısı yardımı ile ilişki analizleri gerçekleştirilmiştir. ANOVA Testleri (POST-HOC testlerinde Tukey ve Tamhane t2 kullanılmıştır) ve Bağımsız Örneklem t Testi ile sosyodemografik değişkenlerin farklılıkları tespit edilmiştir.

3.2. Veri Toplama Aracı

Anket katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 14 soru yer almaktadır. Araştırma verileri Mart-Nisan 2019 tarihlerinde toplanmıştır. Araştırmanın bir diğer ölçüm aracı olan Sağlık İnanç Modeli 33 ifade ve 6 boyuttan oluşmaktadır. Ölçek İnal (2015) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek Sağlık İnanç Modeli' ne dayandırılarak yapılan farklı koruyucu davranışları ve depreme hazırlıkla ilgili ölçek bireylerin davranışlarını, bilgilerini ve tutumlarını ölçmek üzere tasarlanmıştır (İnal, 2015). Ölçek 5'li likert tipindedir (1-kesinlikle katılmıyorum, 5- kesinlikle katılıyorum).

3.3 Araştırmanın Soruları

Sosyodemografik özellikler açısından algılanan duyarlılık algısı farklılık gösteriyor mu?
Sosyodemografik özellikler açısından algılanan ciddiyet algısı farklılık gösteriyor mu?
Sosyodemografik özellikler açısından algılanan yarar algısı farklılık gösteriyor mu?
Sosyodemografik özellikler açısından algılanan engeller algısı farklılık gösteriyor mu?
Sosyodemografik özellikler açısından eyleme geçiriciler algısı farklılık gösteriyor mu?
Sosyodemografik özellikler açısından öz yeterlilik algısı farklılık gösteriyor mu?

Araştırmada sağlık inanç modelinin 33 maddesine yönelik yapılmış güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 1'de verilmiştir. Cronbach Alpha Güvenirlik Testi sonuçlarına göre 1. boyut algılanan duyarlılık değeri 0,624; 2. boyut algılanan ciddiyet 0,497; 3. boyut algılanan yarar 0,837; 4. Boyut algılanan engeller 0,653; 5. Boyut eyleme geçiriciler 0,626; 6. Boyut öz yeterlilik 0,618 ve toplam ölçeğin değeri 0,803 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre araştırma ölçeğinin toplamın ve boyutlarının güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 1. Güvenirlik Tablosu

Ölçek ve Boyutları	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
1.Boyut Algılanan Duyarlılık	7	,624
2.Boyut Algılanan Ciddiyet	3	,497
3.Boyut Algılanan Yarar	3	,837
4.Boyut Algılanan Engeller	6	,653
5.Boyut Eyleme Geçiriciler	6	,626
6. Boyut Öz yeterlilik	8	,618
Toplam Ölçek	33	,803

Tablo 2'de araştırmaya katılanların %62,9'unun erkek, %70,8'inin evli, %28,1'inin 26-33 yaş aralığında, %34,2'nin lise mezunu, %61,8'inin kamu çalışanı, %58,5'inin daha önce afet yaşadığı, %53,1'inin 17 Ağustos 1999 Marmara Depremine yaşadığı, %71'inin acil durum/afetlere hazırlıklı olmadığı, %87,9'unun bireysel acil durum/afet çantasının olmadığı, %50,4'ünün acil durumlar/afetler konusunda eğitim aldığı, %54,5'inin ilk yardım eğitimi almadığı, %83'ünün temel afet bilinci eğitimi almadığı, %97,1'inin toplum afet gönüllüsü eğitimi almadığı ve son olarak %4,7 sinin diğer eğitimleri aldığı görülmektedir.

Tablo 3' de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetlerine göre aldıkları puanların algılarının farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile t testi uygulanmıştır. t testi sonuçlarına göre; algılanan ciddiyet ve öz yeterlilik algısı için anlamlı olduğu görülmüş olup; Algılanan ciddiyet için kadınların (3,86±,8441) puan ortalamasının erkeklerle (3,54±,8649) göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında afet bilinci, algılanan duyarlılık, algılanan yarar, algılanan engeller ve eyleme geçiriciler algısı için istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p<0,05).

Tablo 2. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=448)

Değişken		n	%	Değişken		n	%
Cinsiyet	Kadın	166	37,1	17 Ağustos 1999 Marmara Depremi yaşadınız mı ?	Evet	238	53,1
	Erkek	282	62,9		Hayır	210	46,9
Medeni Durum	Evlü	317	70,8	Siz Acil Durum/ Afetlere hazırlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	130	29
	Bekâr	131	29,2		Hayır	318	71
Yaş	18-25	69	15,4	Bireysel acil durum/afet çantanız var mı?	Evet	54	12,1
	26-33	126	28,1		Hayır	394	87,9
	34-41	142	31,7	Acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?	Evet	226	50,4
	42-49	79	17,6		Hayır	222	49,6
	50 ve üzeri	32	7,1		Acil durumlar/afetler konusunda hangi eğitimleri aldınız? *	İlk Yardım Eğitimi	
Öğrenim Durumu	İlköğretim	62	13,8	Evet		204	45,5
	Lise	153	34,2	Hayır		244	54,5
	Önlisans	94	21	Temel Afet Bilinci Eğitimi İlk Yardım Eğitimi			
	Lisans	127	28,3	Evet		76	17
	Y. Lisans	12	2,7	Hayır		372	83
Meslek	Kamu	277	61,8	Toplum Afet Gönüllüsü Eğitimi			
	İşçi	171	38,2	Evet		13	2,9
Daha önce afet yaşadınız mı?	Evet	262	58,5	Hayır		435	97,1
	Hayır	186	41,5	Diğer			
				Evet	21	4,7	
				Hayır	427	95,3	

*Eğitim alan katılımcılardan birden fazla eğitim alanlar çoklu seçenek işaretlemişlerdir.

Tablo 3. Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılıkları

	Cinsiyet	n	\bar{x}	s.s	t değeri	p değeri
Sağlık İnanç Modeli	Kadın	166	3,678	0,412	,140	,889
	Erkek	282	3,642	0,452		
Algılanan Duyarlılık	Kadın	166	3,915	0,506	,464	,643
	Erkek	282	3,889	0,659		
Algılanan Ciddiyet	Kadın	166	3,864	0,844	3,826	,000*
	Erkek	282	3,543	0,865		
Algılanan Yarar	Kadın	166	4,125	0,892	,571	,568
	Erkek	282	4,073	0,931		
Algılanan Engeller	Kadın	166	3,626	0,668	1,773	,077
	Erkek	282	3,505	0,707		
Eyleme Geçiriciler	Kadın	282	3,396	0,658	,513	,608
	Erkek	166	3,361	0,722		
Öz Yeterlilik	Kadın	282	3,484	0,603	-3,900	,000*
	Erkek	166	3,738	0,699		

*p<0,001

Tablo 4' de görüldüğü üzere katılımcıların yaşlarına göre aldıkları puanlarının farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların afet bilinci, algılanan ciddiyet ve öz yeterlilik için anlamlı olduğu görülmüştür. Ancak algılanan duyarlılık, algılanan yarar, algılanan engeller ve eyleme geçiriciler algısı için anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Oluşan bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklı olduğunun tespiti için yapılan analiz sonucunda Afet bilinci için 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların puan ortalamasının 34-41 yaş aralıklarındaki katılımcılardan daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan ciddiyet için 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların puan ortalamasının 42-

Sağlık İnanç Modeli' ne Dayalı Acil Durum Afetlere Bireysel Hazırlık ve Bunları Etkileyen Faktörler

49 yaş aralıklarındaki katılımcılardan daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Öz yeterlilik için 50 yaş üzerindeki katılımcıların puan ortalamasının 34-41 yaş aralıklarındaki katılımcılardan daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre yaş kriterinin farklılıkların afet bilinci algısını, algılanan ciddiyet algısını ve öz yeterliliği etkileyen bir faktör olduğu değerlendirilmektedir.

Tablo 4. Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Farklılıkları

	Yaş	n	\bar{x}	s.s	F	P	Anlamlı fark
Sağlık İnanç Modeli	18-25	69	3,531	0,515	3,626	0,006*	1<3
	26-33	126	3,671	0,387			
	34-41	142	3,749	0,402			
	42-49	79	3,714	0,497			
	50+	32	3,566	0,361			
Algılanan Duyarlılık	18-25	69	3,760	0,644	1,494	,203	
	26-33	126	3,883	0,572			
	34-41	142	3,973	0,577			
	42-49	79	3,919	0,664			
	50+	32	3,880	0,608			
Algılanan Ciddiyet	18-25	69	3,420	0,996	2,597	0,036**	1<4
	26-33	126	3,606	0,905			
	34-41	142	3,749	0,837			
	42-49	79	3,827	0,712			
	50+	32	3,604	0,857			
Algılanan Yarar	18-25	69	3,903	1,125	1,620	0,168	
	26-33	126	4,138	0,827			
	34-41	142	4,202	0,746			
	42-49	79	4,055	1,100			
	50+	32	3,927	0,911			
Algılanan Engeller	18-25	69	3,401	0,829	1,626	0,167	
	26-33	126	3,500	0,656			
	34-41	142	3,599	0,621			
	42-49	79	3,656	0,714			
	50+	32	3,589	0,762			
Eyleme Geçiriciler	18-25	69	3,184	0,766	1,826	0,123	
	26-33	126	3,419	0,642			
	34-41	142	3,411	0,719			
	42-49	79	3,437	0,683			
	50+	32	3,281	0,673			
Öz Yeterlilik	18-25	69	3,589	0,756	2,678	0,031**	3>5
	26-33	126	3,652	0,650			
	34-41	142	3,749	0,653			
	42-49	79	3,614	0,653			
	50+	32	3,340	0,678			

1=18-25, 2=26-33, 3=34-41, 4=42-49, 5=50+

*p<0,01; **p<0,05

Tablo 5' te görüldüğü üzere katılımcıların aldıkları puanlarının öğrenim durumuna göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların afet bilinci, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve öz yeterlilik için anlamlı olduğu görülmüştür. Ancak algılanan duyarlılık, algılanan engeller ve eyleme geçiriciler algısı için anlamlı bir fark bulunmamıştır. Oluşan bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklı olduğunun tespiti için yapılan analiz sonucunda farkın Afet bilinci için ilköğretim düzeyindeki katılımcıların puan ortalamasının ön lisans ve lisans düzeyi aralığında katılımcılardan daha düşük olduğu, algılanan ciddiyet için ön lisans düzeyindeki katılımcıların puan ortalamasının lisans düzeyi aralığında katılımcılardan daha düşük olduğu, algılanan yarar için ilköğretim düzeyindeki katılımcıların puan ortalamasının ön lisans düzeyi aralığında katılımcılardan, ilköğretim düzeyindeki katılımcıların puan ortalamasının lisans düzeyindeki katılımcılardan daha düşük olduğu ve lise düzeyindeki katılımcıların puan ortalamasının lisans düzeyindeki katılımcılardan daha düşük olduğu, öz yeterlilik için ilköğretim düzeyindeki katılımcıların puan ortalamasının lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü düzeyi aralığında katılımcılardan daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre öğrenim durumu kriterinin farklılıkların afet bilinci algısını, algılanan

ciddiyet algısını, algılanan yarar algısını ve öz yeterlilik algısını etkileyen bir faktör olduğu değerlendirilmektedir.

Tablo 5. Ölçek Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılıkları

	Öğrenim Durumu	n	\bar{x}	s.s	F	P	Anlamlı fark
Sağlık İnanç Modeli	İlköğretim	62	3,504	0,423	4,004	0,003**	1<3 1<4
	Lise	153	3,652	0,453			
	Ön lisans	94	3,698	0,404			
	Lisans	127	3,750	0,416			
	Lisansüstü	12	3,841	0,558			
Algılanan Duyarlılık	İlköğretim	62	3,830	0,550	0,377	0,825	
	Lise	153	3,906	0,661			
	Ön lisans	94	3,882	0,564			
	Lisans	127	3,927	0,604			
	Lisansüstü	12	4,000	0,528			
Algılanan Ciddiyet	İlköğretim	62	3,559	0,965	2,633	0,034***	3<4
	Lise	153	3,647	0,868			
	Ön lisans	94	3,489	0,960			
	Lisans	127	3,840	0,755			
	Lisansüstü	12	3,833	0,414			
Algılanan Yarar	İlköğretim	62	3,677	1,206	6,835	0,000*	1<3 1<4 2<4
	Lise	153	3,985	0,993			
	Ön lisans	94	4,174	0,746			
	Lisans	127	4,352	0,680			
	Lisansüstü	12	4,222	0,672			
Algılanan Engeller	İlköğretim	62	3,487	0,795	1,911	0,108	
	Lise	153	3,549	0,713			
	Ön lisans	94	3,429	0,599			
	Lisans	127	3,646	0,680			
	Lisansüstü	12	3,819	0,641			
Eyleme Geçiriciler	İlköğretim	62	3,309	0,654	0,366	0,833	
	Lise	153	3,349	0,657			
	Ön lisans	94	3,433	0,737			
	Lisans	127	3,389	0,719			
	Lisansüstü	12	3,403	0,960			
Öz Yeterlilik	İlköğretim	62	3,292	0,635	7,12	0,000*	1<2 1<3 1<4 1<5
	Lise	153	3,614	0,620			
	Ön lisans	94	3,836	0,666			
	Lisans	127	3,685	0,699			
	Lisansüstü	12	3,906	0,731			

1=İlköğretim 2=Lise 3=Ön lisans 4=Lisans 5=Lisansüstü

*p<0,001; **p<0,01; ***p<0,05

Tablo 6' da görüldüğü katılımcıların aldıkları puanlarının meslek gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. t testi sonuçlarına göre; eyleme geçiriciler algısında mesleki açıdan katılımcılar arasında anlamlı bir fark vardır. Ancak afet bilinci, algılanan duyarlılık, algılanan engeller, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve öz yeterlilik puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Eyleme geçiriciler için kamu çalışanı puan ortalamasının işçi olarak çalışanların puan ortalamasından daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre meslek durumu, eyleme geçiriciler algısını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 6. Ölçek Puanlarının Mesleklere Göre Farklılıkları

	Meslek	n	\bar{x}	s.s.	t	p
Sağlık İnanç Modeli	Kamu Çalışanı	277	3,6266	,53284	-1,591	,112
	İşçi	171	3,7059	,47827		
Algılanan	Kamu Çalışanı	277	3,7028	,88072	1,064	,288
Duyarlılık	İşçi	171	3,6121	,86976		
Algılanan	Kamu Çalışanı	277	4,1023	,90865	0,294	,769
Ciddiyet	İşçi	171	4,0760	,93099		
Algılanan Yarar	Kamu Çalışanı	277	3,5120	,71606	-1,469	,143
	İşçi	171	3,6111	,65579		
Algılanan Engeller	Kamu Çalışanı	277	3,3544	,69726	-0,737	,462
	İşçi	171	3,4045	,70175		
Eyleme Geçiriciler	Kamu Çalışanı	277	3,5848	,66351	-2,370	,018*
	İşçi	171	3,7398	,68632		
Öz Yeterlilik	Kamu Çalışanı	277	3,5963	,40316	-1,753	,080
	İşçi	171	3,6672	,43522		

*p<0,05

Tablo 7'de katılımcıların aldıkları puanlarının daha önce afet yaşayıp yaşamadığına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre; afet bilinci, algılanan duyarlılık, algılanan engeller ve eyleme geçiriciler algısında daha önce afet yaşayıp yaşamadıkları açısından anlamlı bir fark vardır. Ancak algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve öz yeterlilik puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Afet bilinci için daha önce afet yaşayanların puan ortalamasının yaşamayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan duyarlılık için daha önce afet yaşayanların puan ortalamasının yaşamayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan engeller daha önce afet yaşayanların puan ortalamasının yaşamayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Eyleme geçiriciler için daha önce afet yaşayanların puan ortalamasının yaşamayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre daha önce afet yaşama durumu afet bilinci algısını, algılanan duyarlılık algısını, algılanan engeller algısını ve eyleme geçiriciler algısını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 8'de katılımcıların aldıkları puanlarının 17 Ağustos depremini yaşayıp yaşamadıklarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre; afet bilinci, algılanan duyarlılık ve algılanan engeller algısında 17 Ağustos depremini yaşayıp yaşamadıkları açısından anlamlı bir fark vardır. Ancak algılanan ciddiyet, algılanan yarar, eyleme geçiriciler öz yeterlilik puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Afet bilinci için 17 Ağustos depremini yaşayanların puan ortalamasının yaşamayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan duyarlılık için 17 Ağustos depremini yaşayanların puan ortalamasının yaşamayanların puan ortalamasına daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan engeller için 17 Ağustos depremini yaşayanların puan ortalamasının yaşamayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre 17 Ağustos depremini yaşamış olmanın afet bilinci algısını, algılanan duyarlılık algısını ve algılanan engeller algısını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 7. Ölçek Puanlarının Afet Yaşama Durumu

	Daha önce afet yaşadınız mı?	n	\bar{x}	s.s	t	p
Sağlık İnanç Modeli	Evet	262	3,730	0,424	10,839	,001**
	Hayır	186	3,594	0,441		
Algılanan Duyarlılık	Evet	262	3,963	0,585	7,212	,008**
	Hayır	186	3,808	0,625		
Algılanan Ciddiyet	Evet	262	3,720	0,886	2,878	,091
	Hayır	186	3,579	0,843		
Algılanan Yarar	Evet	262	4,130	0,855	1,058	,304
	Hayır	186	4,039	0,996		
Algılanan Engeller	Evet	262	3,678	0,654	22,557	,000*
	Hayır	186	3,369	0,711		
Eyleme Geçiriciler	Evet	262	3,453	0,706	8,287	,004**
	Hayır	186	3,262	0,674		
Öz Yeterlilik	Evet	262	3,630	0,672	,278	,598
	Hayır	186	3,664	0,682		

*p<0,001; **p<0,01

Tablo 8. 17 Ağustos 1999 Marmara Depremi'ni Yaşama Durumuna Göre

	17 Ağustos 199 Marmara Depremi'ni Yaşadınız mı?	n	\bar{x}	s.s	t	p
Sağlık İnanç Modeli	Evet	238	3,719	0,413	5,448	,020**
	Hayır	210	3,623	0,459		
Algılanan Duyarlılık	Evet	238	3,957	0,597	4,821	,029**
	Hayır	210	3,832	0,611		
Algılanan Ciddiyet	Evet	238	3,731	0,870	3,267	,071
	Hayır	210	3,583	0,866		
Algılanan Yarar	Evet	238	4,133	0,872	1,006	,316
	Hayır	210	4,046	0,964		
Algılanan Engeller	Evet	238	3,672	0,656	16,311	,000*
	Hayır	210	3,411	0,713		
Eyleme Geçiriciler	Evet	238	3,422	0,691	2,410	,121
	Hayır	210	3,319	0,705		
Öz Yeterlilik	Evet	238	3,609	0,641	1,342	,247
	Hayır	210	3,683	0,713		

*p<0,001; **p<0,05

Tablo 9'da katılımcıların aldıkları puanlarının acil durum/afetlere hazırlıklı olduklarını düşünüp düşünmemesi durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. t testi sonuçlarına göre; algılanan ciddiyet, algılanan engeller, eyleme geçiriciler algısında acil durum/afetlere hazırlıklı olduklarını düşünüp düşünmemesi açısından anlamlı bir fark vardır. Ancak afet bilinci, algılanan duyarlılık, algılanan yarar ve öz yeterlilik puanlarında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Algılanan ciddiyet için acil durum/afetlere hazırlıklı olduklarını düşünenlerin puan ortalamasının düşünmeyenlerin puan ortalamasına göre daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan engeller için acil durum/afetlere hazırlıklı olduklarını düşünenlerin puan

ortalamasının düşünmeyenlerin puan ortalamasına göre daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Eyleme geçiriciler için acil durum/afetlere hazırlıklı olduklarını düşünenlerin puan ortalamasının düşünmeyenlerin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre acil durum/afetlere hazırlıklı olma durumu algılanan ciddiyet algısını, algılanan engeller algısını ve eyleme geçiriciler algısını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 9. Acil Durum/Afetlere Hazırlıklı Olduğunuzu Düşünme Durumuna Göre

	Siz Acil Durum/Afetlere hazırlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?	n	\bar{x}	s.s	t	p
Sağlık İnanç Modeli	Evet	130	3,731	0,518	3,147	,077
	Hayır	318	3,651	0,399		
Algılanan Duyarlılık	Evet	130	3,880	0,676	,168	,682
	Hayır	318	3,906	0,576		
Algılanan Ciddiyet	Evet	130	3,410	0,949	15,763	,000*
	Hayır	318	3,764	0,816		
Algılanan Yarar	Evet	130	3,987	1,109	2,416	,121
	Hayır	318	4,135	0,823		
Algılanan Engeller	Evet	130	3,712	0,722	10,126	,002**
	Hayır	318	3,484	0,673		
Eyleme Geçiriciler	Evet	130	3,613	0,731	22,525	,000*
	Hayır	318	3,276	0,662		
Öz Yeterlilik	Evet	130	3,729	0,792	2,901	,089
	Hayır	318	3,609	0,620		

*p<0,001; **p<0,01

Tablo 10'da katılımcıların aldıkları puanlarının bireysel acil durum/afet çantası olup olmaması durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. t testi sonuçlarına göre; afet bilinci, algılanan duyarlılık, algılanan engeller, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik algısında bireysel acil durum/afet çantası olup olmaması arasında anlamlı bir fark vardır. Ancak algılanan ciddiyet ve algılanan yarar puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Afet bilinci için bireysel acil durum/afet çantası olanların puan ortalamasının olmayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan duyarlılık için bireysel acil durum/afet çantası olanların puan ortalamasının olmayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan engeller için bireysel acil durum/afet çantası olanların puan ortalamasının olmayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Eyleme geçiriciler için bireysel acil durum/afet çantası olanların puan ortalamasının olmayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Öz yeterlilik için bireysel acil durum/afet çantası olanların puan ortalamasının olmayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre acil durum/afet çantası olma durumu, algılanan afet bilinci algısını, algılanan duyarlılık algısını, algılanan engeller algısını, eyleme geçiriciler algısını ve öz yeterlilik algısını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 11'de katılımcıların aldıkları puanlarının acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim alıp almadıklarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. t testi sonuçlarına göre; afet bilinci, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik algısında acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim alıp almadıklarına göre arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Ancak algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlılık ve algılanan engeller algısında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Afet bilinci için acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı

bulunmuştur. Eyleme geçiriciler için acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Öz yeterlilik için acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim alma durumu afet bilinci algısını, eyleme geçiriciler algısını ve öz yeterlilik algısını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 10. Bireysel Acil Durum/Afet Çantası Olma Durumuna Göre

	Bireysel acil durum/afet çantanız var mı?	n	\bar{x}	s.s	t	p
Sağlık İnanç Modeli	Evet	54	3,874	0,535	13,146	,000*
	Hayır	394	3,647	0,416		
Algılanan Duyarlılık	Evet	54	4,074	0,808	5,199	,023***
	Hayır	394	3,875	0,570		
Algılanan Ciddiyet	Evet	54	3,562	1,019	,806	,370
	Hayır	394	3,675	0,848		
Algılanan Yarar	Evet	54	4,179	1,102	,550	,459
	Hayır	394	4,080	0,889		
Algılanan Engeller	Evet	54	3,901	0,541	16,249	,000*
	Hayır	394	3,502	0,700		
Eyleme Geçiriciler	Evet	54	3,577	0,771	5,267	,022***
	Hayır	394	3,456	0,684		
Öz Yeterlilik	Evet	54	3,903	0,749	9,171	,003**
	Hayır	394	3,609	0,658		

*p<0,001; **p<0,01; ***p<0,05

Tablo 11. Acil Durumlar/Afetler Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre

	Acil durumlar/afetler konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?	n	\bar{x}	s.s	t	p
Sağlık İnanç Modeli	Evet	226	3,752	0,473	14,971	,000*
	Hayır	222	3,595	0,383		
Algılanan Duyarlılık	Evet	226	3,932	0,634	1,418	,234
	Hayır	222	3,864	0,575		
Algılanan Ciddiyet	Evet	226	3,597	0,916	2,483	,116
	Hayır	222	3,727	0,818		
Algılanan Yarar	Evet	226	4,152	0,919	1,937	,165
	Hayır	222	4,032	0,912		
Algılanan Engeller	Evet	226	3,562	0,725	,138	,710
	Hayır	222	3,538	0,664		
Eyleme Geçiriciler	Evet	226	3,514	0,679	19,197	,000*
	Hayır	222	3,231	0,691		
Öz Yeterlilik	Evet	226	3,824	0,694	34,636	,000*
	Hayır	222	3,461	0,605		

*p<0,001

Tablo 12’de katılımcıların aldıkları puanlarının ilk yardım eğitimi alıp almadığına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. t testi sonuçlarına göre; afet bilinci, algılanan ciddiyet, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik algısında ilkyardım eğitimi alıp almadıkları açısından anlamlı bir fark vardır. Ancak algılanan duyarlılık, algılanan yararlılık, algılanan engeller puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Afet bilinci için ilkyardım eğitimi alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan ciddiyet için ilkyardım eğitimi alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasına göre daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Eyleme geçiriciler için ilkyardım eğitimi alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Öz yeterlilik için ilkyardım eğitimi alanların puan

ortalamasının almayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre ilkyardım eğitimi alıp almama durumu afet bilinci algısını, algılanan ciddiyet algısını, eyleme geçiriciler algısını ve öz yeterlilik algısını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 12'de katılımcıların temel afet bilinci eğitimi alıp almadığına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. t testi sonuçlarına göre; afet bilinci, algılanan duyarlılık, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik temel afet bilinci eğitimi alıp almadıkları açısından anlamlı bir fark vardır. Ancak algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan engeller puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Afet bilinci için temel afet bilinci eğitimi alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan duyarlılık için temel afet bilinci eğitimi alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Eyleme geçiriciler için temel afet bilinci eğitimi alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Öz yeterlilik için temel afet bilinci eğitimi alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre temel afet bilinci eğitimi alıp almama durumu afet bilinci algısını, algılanan duyarlılık algısını, eyleme geçiriciler algısını ve öz yeterlilik algısını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 12'de katılımcıların aldıkları puanlarının toplum afet gönüllüsü eğitimi alıp almadığına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. t testi sonuçlarına göre; afet bilinci, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik algısında toplum afet gönüllüsü eğitimi alıp almama açısından anlamlı bir fark vardır. Ancak algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan engeller puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Afet bilinci için toplum afet gönüllüsü eğitimi alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Eyleme geçiriciler için toplum afet gönüllüsü eğitimi alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Öz yeterlilik için toplum afet gönüllüsü eğitimi alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre temel afet bilinci eğitimi alıp almama durumu afet bilinci algısını, eyleme geçiriciler algısını ve öz yeterlilik algısını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 12'de katılımcıların aldıkları puanlarının diğer eğitimleri alıp almadığı durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. t testi sonuçlarına göre; afet bilinci, algılanan yarar, algılanan engeller, eyleme geçiriciler ve öz yeterlilik algısında diğer eğitimleri alıp almama açısından anlamlı bir fark vardır. Ancak algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Afet bilinci için diğer eğitimleri alanların puan ortalamasının diğer eğitimleri almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan yarar için diğer eğitimleri alanların puan ortalamasının diğer eğitimleri almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Algılanan engeller için diğer eğitimleri alanların puan ortalamasının diğer eğitimleri almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Eyleme geçiriciler için diğer eğitimleri alanların puan ortalamasının diğer eğitimleri almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Öz yeterlilik için diğer eğitimleri alanların puan ortalamasının diğer eğitimleri almayanların puan ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur.

bulunmuştur. Buna göre diğer eğitimleri alıp almama durumu afet bilinci algısını, algılanan yarar algısını, algılanan engeller algısını, eyleme geçiriciler algısını ve öz yeterlilik algısını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 12. Acil Durumlar/Afetler Konusunda Hangi Eğitimleri Aldıkları Durumuna Göre

İlk Yardım Eğitimi		n	\bar{x}	s.s	t	p
Sağlık İnanç Modeli	Evet	204	3,734	0,466	7,053	,008**
	Hayır	244	3,624	0,406		
Algılanan Duyarlılık	Evet	204	3,915	0,641	0,283	0,595
	Hayır	244	3,885	0,576		
Algılanan Ciddiyet	Evet	204	3,572	0,898	3,994	,046***
	Hayır	244	3,736	0,841		
Algılanan Yarar	Evet	204	4,093	0,941	0	0,985
	Hayır	244	4,092	0,897		
Algılanan Engeller	Evet	204	3,526	0,703	0,436	0,51
	Hayır	244	3,57	0,689		
Eyleme Geçiriciler	Evet	204	3,507	0,674	13,974	,000*
	Hayır	244	3,262	0,7		
Öz Yeterlilik	Evet	204	3,827	0,675	29,073	,000*
	Hayır	244	3,491	0,639		
Temel Afet Bilinci Eğitimi						
Sağlık İnanç Modeli	Evet	76	3,816	0,466	9,858	,002**
	Hayır	372	3,645	0,426		
Algılanan Duyarlılık	Evet	76	4,071	0,548	7,557	,006**
	Hayır	372	3,863	0,612		
Algılanan Ciddiyet	Evet	76	3,675	0,861	0,024	0,878
	Hayır	372	3,659	0,873		
Algılanan Yarar	Evet	76	4,25	0,756	2,723	0,1
	Hayır	372	4,06	0,943		
Algılanan Engeller	Evet	76	3,54	0,687	0,02	0,887
	Hayır	372	3,552	0,697		
Eyleme Geçiriciler	Evet	76	3,601	0,589	9,887	,002**
	Hayır	372	3,327	0,711		
Öz Yeterlilik	Evet	76	3,852	0,703	8,823	,003**
	Hayır	372	3,602	0,663		
Toplum Afet Gönüllüsü Eğitimi						
Sağlık İnanç Modeli	Evet	13	3,974	0,556	6,388	,012***
	Hayır	435	3,665	0,431		
Algılanan Duyarlılık	Evet	13	4,022	0,6	0,555	0,457
	Hayır	435	3,895	0,606		
Algılanan Ciddiyet	Evet	13	3,282	1,044	2,554	0,111
	Hayır	435	3,673	0,863		

Sağlık İnanç Modeli' ne Dayalı Acil Durum Afetlere Bireysel Hazırlık ve Bunları Etkileyen Faktörler

Algılanan Yarar	Evet	13	4,333	0,593	0,927	0,336
	Hayır	435	4,085	0,924		
Algılanan Engeller	Evet	13	3,756	0,633	1,184	0,277
	Hayır	435	3,544	0,696		
Eyleme Geçiriciler	Evet	13	3,859	0,766	6,545	,011***
	Hayır	435	3,359	0,692		
Öz Yeterlilik	Evet	13	4,308	0,714	13,27	,000*
	Hayır	435	3,624	0,665		
Diğer						
Sağlık İnanç Modeli	Evet	21	4,094	0,436	21,208	,000*
	Hayır	427	3,653	0,427		
Algılanan Duyarlılık	Evet	21	4,034	0,682	1,101	0,295
	Hayır	427	3,892	0,602		
Algılanan Ciddiyet	Evet	21	3,873	0,986	1,303	0,254
	Hayır	427	3,651	0,864		
Algılanan Yarar	Evet	21	4,603	0,49	6,941	,009**
	Hayır	427	4,067	0,925		
Algılanan Engeller	Evet	21	3,96	0,753	7,811	,005**
	Hayır	427	3,53	0,686		
Eyleme Geçiriciler	Evet	21	3,976	0,761	16,983	,000*
	Hayır	427	3,344	0,683		
Öz Yeterlilik	Evet	21	4,226	0,611	16,939	,000*
	Hayır	427	3,615	0,666		

*p<0,001; **p<0,01; ***p<0,05

Tablo 13 incelendiğinde öz yeterlilik ile algılanan yarar arasında ($r=,422$, $p>0,05$) istatistiksel olarak bir ilişki yoktur. Öz yeterlilik ile eyleme geçiriciler arasında ($r=,477$, $p<,001$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif, doğrusal ve orta düzey bir ilişki vardır. Öz yeterlilik ile algılanan engeller arasında ($r=,195$, $p<,001$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif, doğrusal ve çok zayıf bir ilişki vardır. Öz yeterlilik ile algılanan ciddiyet arasında ($r=,039$, $p>0,05$) istatistiksel olarak bir ilişki yoktur. Öz yeterlilik ile algılanan duyarlılık arasında ($r=,222$, $p<,001$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif, doğrusal ve zayıf bir ilişki vardır. Algılanan yarar ile eyleme geçiriciler arasında ($r=,343$, $p<,001$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif, doğrusal ve zayıf bir ilişki elde edilmiştir. Algılanan yarar ile algılanan engeller arasında ($r=,086$, $p>0,05$) istatistiksel olarak bir ilişki yoktur. Algılanan yarar ile algılanan ciddiyet arasında ($r=,372$, $p<,001$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif, doğrusal ve zayıf bir ilişki vardır. Algılanan yarar ile algılanan duyarlılık arasında ($r=,403$, $p<,001$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif, doğrusal ve orta bir vardır. Eyleme geçiriciler ile algılanan engeller arasında ($r=,198$, $p>0,05$) istatistiksel olarak bir ilişki yoktur. Eyleme geçiriciler ile algılanan ciddiyet arasında ($r=,088$, $p>0,05$) istatistiksel olarak bir ilişki yoktur. Eyleme geçiriciler ile algılanan duyarlılık arasında ($r=,284$, $p>0,05$) istatistiksel olarak bir ilişki yoktur. Algılanan engeller ile algılanan ciddiyet arasında ($r=,012$, $p>0,05$) istatistiksel olarak ilişki yoktur. Algılanan engeller ile algılanan duyarlılık arasında ($r=,223$, $p<,001$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif, doğrusal ve zayıf bir ilişki vardır. Algılanan ciddiyet ile algılanan duyarlılık arasında ($r=,266$, $p<,001$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif, doğrusal ve zayıf bir ilişki vardır.

Tablo 13. Tüm Değişkenler Arasındaki İlişkiler

DEĞİŞKENLER (n=448)		Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engeller	Eyleme Geçiriciler	Algılanan Yarar	Öz yeterlilik
Algılanan Duyarlılık	r p	1					
Algılanan Ciddiyet	r p	,266* ,000	1				
Algılanan Engeller	r p	,223* ,000	,012 ,801	1			
Eyleme Geçiriciler	r p	,284 ,329	,088 ,062	,198 ,329	1		
Algılanan Yarar	r p	,403* ,000	,372* ,000	,086 ,067	,343* ,000	1	
Öz yeterlilik	r p	,222* ,000	,039 ,408	,195* ,000	,477* ,000	,422 ,329	1

*r 0,001 anlamlılık düzeyinde

4.TARTIŞMA

Kullanılmakta olan modelin son 50 yıllık incelemesinde sağlık arama davranışı ile ilişkili kullanılmış olup oran olarak davranışların ancak %20'si ile %40'ını açıkladığı görülmektedir (Özgül, 2010). Eleştirel boyutta bakıldığında modelin alt boyutlarının işlevsizleştirilmesi ve modelin ana yapısından üretilen ölçüm araçlarının tekrar gözden geçirilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur (Davis vd., 1994; Strecher vd., 1997; Strecher ve Rosenstock, 1997).

Afetlerin ciddiyetini algılama konusunda kadınlarla erkekler arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Kadınlar erkeklere göre afetleri daha ciddi görmektedir. Kadınların daha fazla güven hissetme duygusu içinde olması, sorumluluk bilincinin ve aileyi bir arada tutma güdüsünün erkeklere göre daha üst seviyelerde olması afetlerin ciddiye alınması konusunda bu anlamlı farklılığı oluşturmuştur. Yapılan başka çalışmada kadınların erkeklere göre afetleri daha ciddiye aldığı bulunmuştur (Kaya vd., 2021). Başka bir çalışmada ise erkeklerin kadınlardan afetleri daha ciddiye aldığı bulunmuştur (İnal, 2015). Bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada, kadın ve erkeklerin kendilerini oluşabilecek afetlere yeterli hissetmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkeklerin bedensel güç fiziki ve psikolojik dayanıklılığının kadınlara göre daha gelişmiş olması, erkeklerin korumacı gücünün bir tehlike anında kadınların gücüne oranla daha ön plana çıkması erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre kendilerini daha yeterli hissetmelerine neden olmaktadır. Yapılan başka çalışmada erkekler ile kadınlar arasında öz yeterlilik açısından anlamlı fark bulunmuştur (İnal, 2015). Bu çalışma bizim çalışmamızı desteklemektedir. Yapılan başka çalışmada erkekler ile kadınlar arasında öz yeterlilik açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Kaya vd., 2021). Bu çalışma ise bizim çalışmamızı desteklememektedir.

Afetlere karşı afet bilinci puan ortalamasına göre 18-25 ve 34-41 yaş arasında farklılık göstermektedir. 34-41 yaş aralığındaki çalışanların 18-25 yaşındaki çalışanlara göre daha bilinçli olduğu görülmektedir. 34-41 yaş arasındaki çalışanların; daha önce kendilerinin ya da yakınlarının afet yaşamış olması, bu afetlerde yakınlarını sevdiklerini kaybetmiş olması, bu durumu tecrübe edinmiş olmaları afet bilincinin 18-25 yaş arasındaki çalışanlara göre daha gelişmiş olmasına neden olmaktadır. Yapılan başka bir çalışmada yaş açısından toplam puanlar arasından fark bulunmuştur. Yaş arttıkça ortalama puan artmaktadır (İnal, 2015). Bu çalışma bizim

çalışmamızı desteklemektedir. Yapılan başka çalışmada 21-30 yaş katılımcıların daha büyük yaşta olan katılımcılara göre afetleri daha ciddiye aldığı bulunmuştur (Kaya vd., 2021). Bu sonuç bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir. Yapılan bir diğer araştırmada ölçek toplam puanları yaş açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Ertuğrul ve Ünal, 2020). Bu sonuç bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir.

Afetlerdeki ciddiyetin yaşa göre farklılık gösterdiği çalışmamızda ortaya çıkan diğer bir sonuçtur. 42-49 yaş aralığındaki çalışanların 18-25 yaş aralığındaki çalışanlara göre oluşabilecek afetleri daha ciddiye almaktadır. 42-49 yaş grubundakilerin daha önce afet yaşamış olmaları, bu afetlerde maddi manevi kayıp yaşamış olmaları ve bir daha bu durumu yaşamamak istememeleri bu yaş grubunun afetleri 18-25 yaş grubundakilere göre daha ciddiye alma durumunu ortaya çıkarmıştır. Yapılan başka çalışmada yaş açısından afetlerin ciddiyeti algılama açısından farklılık bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Yapılan başka çalışmalarda yaş açısından afetlerin ciddiyeti algılama açısından farklılık bulunmamıştır (Ertuğrul ve Ünal, 2020; Kaya vd., 2021). Bu sonuç bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir.

Öğrenim düzeyine göre afet bilinci puan ortalaması açısından farklılık göstermektedir. Farklılık, ilköğretim düzeyindeki çalışanların ön lisans ve lisans düzeyindeki çalışanlara göre daha düşük olduğu sonuçlanmıştır. Bu bilinç öğrenim düzeyiyle doğru orantılıdır. Öğrenim düzeyi arttıkça, insanların afet bilinci konusundaki algısı da artmaktadır. Yapılan başka çalışmada öğrenim durumu açısından toplam ölçek puanlarında farklılık bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Yapılan başka çalışmada öğrenim düzeyi açısından SİM toplamı açısından farklılık bulunmamıştır (Kaya vd., 2021). Bu sonuç bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir.

Öğrenim düzeyi açısından algılanan ciddiyet puanlarında da farklılık göstermektedir. Katılımcıların öğrenim düzeyi arttıkça bu konudaki ciddiyeti de artmaktadır. Alınan eğitimler, eğitimlerin uzunluğu ciddiyet arasındaki farkı oluşturmuştur. Yapılan başka çalışmalarda öğrenim düzeyi açısından afetlerin ciddiyeti algılama açısından farklılık bulunmuştur (İnal, 2015; Kaya vd., 2021). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Öğrenim düzeyi arttıkça afetlere karşı algılanan ciddiyet artmaktadır.

Öğrenim düzeyi yarar algısını da etkilemiştir. Lisans düzeyindeki çalışanların, ilköğretim ve lise düzeyindeki çalışanlara karşı afetlerdeki yarar algısını daha yüksektir. Yaptığımız çalışmayla öğrenim düzeyinin algılanan yararlar doğru orantıda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alınan eğitimler, alınan eğitimlerin uzunluğu ve kapsamı, içeriği ne kadar geniş olursa algılanan yarar ve eğitim düzeyi arasında o kadar anlamlı bir fark ortaya çıkmaktadır. Yapılan başka çalışmada öğrenim düzeyi açısından afetlerin yarar algısı açısından farklılık bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Yapılan başka çalışmada öğrenim düzeyi açısından algılanan yararlar farklılık bulunmamıştır (Kaya vd., 2021). Bu sonuç bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir.

Katılımcıların öğrenim düzeyi açısından öz yeterlilik puanları farklılık göstermektedir. Öğrenim düzeyleri arttıkça katılımcıların öz yeterlilikleri de artmıştır. Lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü düzeyde çalışanlar ilköğretim düzeyindeki çalışanlara göre kendilerini daha yeterli hissetmektedir. Buda yine alınan eğitimlerin uzunluğu kapsamı ve genişliği ile ortaya çıkan bir sonuçtur. Yapılan başka çalışmada öğrenim düzeyi açısından öz yeterlilik puanları açısından farklılık bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Yapılan başka çalışmada öğrenim düzeyi açısından öz yeterlilik puanlarında farklılık bulunmamıştır (Kaya vd., 2021). Bu sonuç bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir.

Eyleme geçiriciler algısında, kamu çalışanları işçi olarak çalışanlara göre bu algılarını daha düşük seviyeye çıkarmışlardır. Yapılan başka çalışmada meslekler açısından eyleme geçiriciler puanları

açısından farklılık bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Daha önce afet yaşayanlar yaşamayanlara göre afet bilincini daha da geliştirmişlerdir. Daha önce afet yaşadıkları için neyle karşı karşıya kalabileceklerini bilen, zamanında maddi manevi kayıplar yaşayan, yaşadıkları doğrultusunda riskleri ve tehlikeleri öngören katılımcıların daha önce afet yaşamayanlara göre afet bilinçlerinin daha da geliştiği sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir çalışmada farklılık bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yapılan başka çalışmalarda farklılık bulunmamıştır (İnal vd., 2012; Ertuğrul ve Ünal, 2020). Bu sonuçlarda bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir. Daha önce afet yaşamış olan katılımcılar daha önce afet yaşamamış olan katılımcılara göre duyarlı olduğu sonucunu doğrulamıştır. Bunun nedeni daha önce afet yaşamış, kayıplar vermiş, afet anındaki; korkuyu, üzüntüyü paniği yaşamış olmalarıdır. Daha önce afet yaşamış olan katılımcılar karşılaşabilecek engeller konusunda daha bilinçlidir. Bu bilincin oluşmasına daha önce afet yaşamış olmaları, kayıplar vermiş olmaları, yıllarca emekle inşa ettiği hayatlarının afet ile yerle bir olması, o afet anındaki korkuyu, üzüntüyü yaşamış olmaları buna sebep olmuştur.

17 Ağustos depremini yaşayıp yaşamama durumu insanların afet bilincinde anlamlı bir fark oluşturmuştur. 17 Ağustos depremini yaşamayanlar yaşayanlara göre neyle karşılaşacaklarını bilmediklerinden, o an ne yapacaklarını bilmediklerinden, daha önce yaşamadıkları bir şey olduğu için panik ve korku duygusuna katıldıklarından bu durumu yaşayanlara göre bilinç düzeyleri daha düşüktürler. Başka bir çalışmada aralarında anlamlı fark bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuçta bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

17 Ağustos depremini yaşayıp yaşamama durumu insanların algılanan duyarlılık açısından anlamlı bir fark oluşmuştur. 17 Ağustos depremini yaşamayanlar yaşayanlara göre neyle karşılaşacaklarını bilmediklerinden, o an ne yapacaklarını bilmediklerinden, daha önce yaşamadıkları bir şey olduğu için panik ve korku duygusuna katıldıklarından bu durumu yaşayanlara göre duyarlılık düzeyleri daha düşüktürler. Başka bir çalışmada aralarında anlamlı fark bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuçta bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

17 Ağustos depremini yaşayan insanlar yaşamayanlara göre yaşanabilecek engellerin daha da farkındadır. Daha önce afet yaşadıkları için bu engelleri yaşayıp daha sonra da "bu tar bir olaydan bu engelleri nasıl ortadan kaldırabiliriz" diye düşündüklerinden, karşılaşabilecekleri riskler ve tehlikeleri bildiklerinden, yaşadıkları doğrultusunda tahmin ettiklerinden dolayı 17 Ağustos depreminin yaşayanlar yaşamayanlara göre engelleri algılamaları daha yüksektir. Başka bir çalışmada aralarında anlamlı fark bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuçta bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Acil durum/afetlere hazırlıklı olduklarını düşünen katılımcıların algıladıkları ciddiyet daha düşüktür. Bu afetlere hazırlıklı oldukları için afetleri ciddi bulamamalarından kaynaklanmaktadır. Başka bir çalışmada aralarında anlamlı fark bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuçta bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Acil durum/afetlere hazırlıklı olduğunu düşünen katılımcıların bu durumlarda karşılaşabilecekleri engelleri algılaması daha yüksektir. Bu çalışanlar ne tür engellerle karşılaşabileceklerine öngörüp, olası bir afet ya da acil durum karşısında hazırlıksız veya bilgisiz yakalanmamak ve tedbir amaçlı ne yapacaklarını önceden bilmeyi istedikleri için bu engel algıları gelişir. Başka bir çalışmada aralarında anlamlı fark bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuçta bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Acil durum/afetlere karşı hazırlıklı olduklarını düşünen katılımcılar, olası bir durumu önlemek amacıyla; aldıkları eğitimlerle, hazırladıkları afet çantalarıyla, ilk yardım çantalarıyla eyleme

geçirici algılarının yükselmesine sebep olmuşturlar. Başka bir çalışmada aralarında anlamlı fark bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuçta bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Acil durum/afetler esnasında oluşabilecek riskleri ve tehlikeleri öngörüp ona göre tedbir almak isteyenlerin bireysel afet çantası bulunmaktadır. Bu durumda afet bilinçlerinin bireysel acil durum/afet çantası olmayanlara göre daha yüksek olduğunu sonucuna bizi ulaştırmaktadır. Başka çalışmalarda evinde afet çantası bulunanların toplam ölçek puanları daha yüksektir (İnal, 2015; Ertuğrul ve Ünal, 2020). Bizim çalışmamız ile benzerlikler göstermektedir. Başka bir çalışmada da evinde afet çantası olanlar ile olmayanlar arasından farklılık bulunmamıştır (İnal vd., 2012). Bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir.

Bireysel acil durum/afet çantası olanların afetlere duyarlılık ortalama puanları olmayanlara göre daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Başka çalışmada da evinde afet çantası bulunanların ortalama puanları daha yüksektir (İnal, 2015). Bizim çalışmamız ile benzerlikler göstermektedir. Başka bir çalışmada da evinde afet çantası olanlar ile olmayanlar arasından farklılık bulunmamıştır (İnal vd., 2012). Bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir.

Bireysel acil durum/afet çantası olanların algılanan engeller ortalama puanları olmayanlara göre daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Başka çalışmada da evinde afet çantası bulunanların ortalama puanları daha yüksektir (İnal, 2015). Bizim çalışmamız ile benzerlikler göstermektedir. Başka bir çalışmada da evinde afet çantası olanlar ile olmayanlar arasından farklılık bulunmamıştır (İnal vd., 2012). Bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir.

Bireysel afet çantası olanların eyleme geçirici algı puanları daha yüksektir. Eyleme geçirici algıları yüksek olanlar bireysel acil durum/afet çantasını olası bir tehlike ve risk anına karşı hazır olarak tutmaktadır. Bu özelliklerinden dolayı acil durum ve afetlere karşı her zaman hazırlıklı ve tedbirli davranmaktadırlar. Başka bir çalışmada aralarında anlamlı fark bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuçta bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Bireysel acil durum afet çantası olanlar olmayan katılımcılara göre kendilerini daha yeterli görmekteyler. Çünkü olası bir acil durum afet karşısında önceden hazırladıkları çantalarının onlara yüksek derecede faydalı olacağı bilincindedirler. Acil durum/afet çantasının olması, karşılaşılabilecek riskler ve tehlikeler de kişiye yardımcı olacağını düşündürdüğü için bu durumlarda çantası olmayan çalışanlara göre kendilerini daha yeterli gördükleri sonucunu vermiştir. Başka bir çalışmada aralarında anlamlı fark bulunmuştur (İnal, 2015). Bu sonuçta bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Afetler ile ilgili eğitim alanlar ile almayanlar arasında toplam ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Başka çalışmalarda da anlamlı fark bulunmuştur (İnal vd., 2012; İnal, 2015; Ertuğrul ve Ünal, 2020). Bu da bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Acil durumlar/afetler konusunda ilk yardım eğitimi alan çalışanların afet bilinci daha da gelişmiştir. Hem aldığı eğitimlerden dolayı hem de bu eğitimleri almaya karar verme aşamalarındaki bilinçlerinden dolayı hiç eğitim almayanlara göre daha bilinçli oldukları sonucunu bizlere vermiştir. Bu durumu ciddiye alan çalışanlar ciddiyetlerini eyleme döküp ilk yardım eğitimi almışlardır. Herhangi bir olası acil durum/afet karşısında, ne yapacaklarını bilip ona göre hareket etmek isteyen, hayati tehlikenin olduğu bu gibi durumlarda ilk müdahaleyi yapmak isteyen- belki can kurtarmak isteyen- insan hayatını ciddiye alan çalışanların ortalaması ciddiye almayan çalışanlardan daha yüksektir.

Eyleme geçirici algıları yüksek olan çalışanlar, acil durum/afetler de önceden tedbir alarak oluşabilecek can kaybı riskini, ağır ya da hafif yaralanmaları önlemek amacıyla eyleme geçerek hiç

eyleme geçmeyen çalışanlara göre daha fazla çoğunluğu oluşturmuş ve bu kapsam da anlamlı bir fark oluşturmuşlardır.

İlk yardım eğitimi alanlar almayanlara göre olası bir durumda kendilerini daha yeterli görmektedir. Aldıkları eğitimle o esnada ne yapması gerektiğini bildikleri için, daha önceden hazırlıklı oldukları için, o esnada nasıl davranması gerektiğini aldığı eğitimle bildikleri için hiç ilk yardım eğitimi almayanlara göre kendilerini daha yeterli hissetmektedirler.

Temel afet bilinci eğitimi alanların afet bilinçleri gelişmiştir. Sahip oldukları, geliştirdikleri bu bilinçlerinden dolayı temel afet eğitimi almaya karar vermişler ve bunu uygulamaya geçirmişlerdir. Bu doğrultuda temel afet bilinci eğitimi alıp almama durumu afet bilinci algısını etkileyen bir faktör olarak görülmüştür. Duyarlılık algıları yüksek olan çalışanlar eyleme geçerek temel afet bilinci eğitimi almışlardır. Eyleme geçirici algıları yüksek olan çalışanlar eyleme geçerek temel afet bilinci eğitimi almışlardır. Temel afet bilinci eğitimi almalarının başlıca etmenlerinden biri de zaten eyleme geçirici algılarının yüksek derecede olmasından dolayıdır. Bu bağlamda temel afet bilinci eğitimi alıp almama durumu eyleme geçiriciler algısını etkilemektedir. Aldıkları temel afet bilinci eğitiminden dolayı çalışanlar temel afet bilinçlerini geliştirmiş, belli bir seviyeye ulaşmış ve bu durumlarda ne yapacaklarını bildiklerinden kendilerine güvenleri de yeterlilikleri de artmıştır.

Toplum afet gönüllüsü eğitimi almaya karar veren çalışanların afet bilinçleri eğitim almayan çalışanlara göre daha gelişmiştir. Çünkü bu eğitimi alan çalışanlar afet bilinçlerini geliştirerek herhangi bir afet durumunda gönüllü olarak can kurtarmaya, can ve mal kaybı yaşamaya engel olmaya gönül vermiş kişilerdir. Toplum afet gönüllüsü eğitimi alan çalışanlar bu eğitimin önce kendilerine sonra ailesi ve yakın çevresine daha sonra da topluma karşı yararlı olduğu kanısındadırlar. Eyleme geçirici algıları yüksek olan çalışanlar toplum afet gönüllüsü eğitimi almaktadırlar. Afet bilincinde olan çalışanlar karşılaşılabilecek tehlikelerin ve bu tehlikelerin önüne geçmek için harekete geçmeleri gerektiğinde farkındadırlar. Bu farkındalık sayesinde bu eğitimi almışlardır. Toplum afet gönüllüsü eğitimi alan çalışanlar bu alanda eğitim aldıkları için, kendilerini geliştirdikleri, bilgilendirdikleri için olası bir acil durum/afet durumunda kendilerini yeterli görmektedirler.

Araştırma Kocaeli Gölcük ilçesinde ikamet etmekte olan 18 yaş üzeri katılımcılar ile düzenlenmiştir. Bu kapsamda araştırmada anketlerin bir kısmı yüz yüze yapılmış bir kısmı da dağıtılıp toplanmıştır. Bu kapsamda araştırma sadece deprem konusunda bu bölgede yaşayan halkı kapsamaktadır. Bu durum araştırmanın bir kısıtı olarak değerlendirilebilir. Öte yandan çalışma belli bir tarih aralığında yapıldığından bu tarihler sonrasında planlı olarak eğitim alacak bireylerin aldıkları eğitim sonrasındaki algılarında ne gibi değişiklik olacağının tespit edilememesi araştırmanın bir diğer kısıtı olarak değerlendirilebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık İnanç Modeline göre Acil Durumlara/Afetlere Bireysel Hazırlığa ait puanlar ve analiz sonuçlarına göre bazı sonuçlar elde edilmiştir. Algılanan ciddiyet olarak kadınlar afetleri ve afetlere hazırlığı daha ciddiye almaktadırlar. Afetlere ve afet hazırlığı açısından erkekler kendilerini kadınlara göre daha yeterli görmektedirler.

Afetlere ve afet hazırlığı açısından orta yaştakiler; genç yaştakilere göre daha ciddiye alırken, daha ileri yaştakilere göre kendilerini daha yeterli, görmektedirler. Afetlere ve afet hazırlığı açısından öğrenim düzeyi yüksek olanların; öğrenim düzeyi düşük olanlara göre daha ciddiye almaktadırlar, daha yararlı olduklarını ve kendilerini daha yeterli görmektedirler. Kamu çalışanlarının eyleme

geçiriciler algısının daha düşük olduğunu düşündükleri bulunmuştur. Afet yaşayanların afetlere ve afetlere hazırlık konusunda duyarlı oldukları ve engellerin olduğu konusunda algılarının yüksek olduğu bulunmuştur. 17 Ağustos depremi yaşayanların afetlere ve afetlere hazırlanma konusunda daha duyarlılığı, algıladıkları engellerin olduğu ve eyleme geçirici algılarının yüksek olduğu bulunmuştur. Acil durum/afetlere hazırlıklı olduklarını düşünenlerin algıladıkları engellerin, algıladıkları eyleme geçiriciler algıları daha yüksek bulunmuştur. Bireysel çantası olanların algıladıkları afet bilinci algısı, duyarlılık, eyleme geçiriciler ve özyeterlik algıları daha yüksek bulunmuştur. Acil durumlar/afetler konusunda eğitim alanların, afetler ve afetlere hazırlık konusunda daha bilinçli olduğu, eyleme geçiriciler algısının ve öz yeterliliklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre sağlık inanç modeli alt boyutları arasında ilişki bulunmuştur.

Acil durumların ve afetlerin ne zaman ne şekilde karşımıza çıkacağı günümüz teknolojisi yardımıyla çeşitli yöntemler kullanarak tahmin edilebilir bir hale getirilmiştir. Fakat bu tahmin edilen süre büyük bir zaman aralığından oluşmaktadır. Tam net bir zaman bildirmek imkânsız yakın bir olgudur. Bu yüzden acil durum/afetlere her zaman hazırlıklı olmak bu olaylarda can ve mal kaybını en aza indirmemizi sağlar. Afet bilinci gelişmemiş, bu konuda yeteri kadar bilinçlenememiş olan çalışanları bilinçlendirmek, bu konuda eğitimler vermek belli bir bilinç seviyesine erdirmek ve algı düzeylerini arttırmak gereklidir. Bunun için çeşitli eğitimler, seminerler, konferanslar verilebilir. Çalışanların bu konuda ilgilerini çekebilecek eğlenceli tatbikatlar, takım oyunları düzenlenebilir. Her işletmenin kendi çalışanına göre düzenleyeceği etkinliklerle bu bilinç ve algı seviyesi yükseltilebilir.

KAYNAKLAR

Becker M.H., Janz N.K., (1985). The health belief model applied to understanding diabetes regimen compliance. *The Diabetes Educator* 11(1):41-47

Borrill, Z., Woodhead, M., (2007). Yaşlılarda evrensel influenza aşılması: Mozağin diğer bir parçası. *European Respiratory Journal* 30:407-408.

Champion, V.L., (1984). Instrument development for health belief model constructs. *Advance in Nursing Science* 6(3):73-85.

Champion, V.L., Skinner, C.S., (2008). The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath KV. eds. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*, 4th ed. San Francisco, pp 46-65.

Chong, E. Y., Mongelli, M. M., (2003). Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynecol Obstet* 80(2):189.

Clemen, S. S., Mcguire, S. L., Eıgıstı, D. G., (2002). *Comprehensive health nursing familiy aggregate and comunity practice*. 6. edition. By Mosby 386-7.

Colombo, G.L., Ferro, A., Vinci, M., Zordan, M., Serra, G., (2006). Cost-benefit analysis of influenza vaccination in a public healthcare unit. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2(2): 219-226.

Corner, M., Berkshire, P.N., (2005). *Predicting health behavior* Mc Graw-Hill Education New York, Berkshire, pp 1-28.

Çenesiz, E., Atak, N., (2007). Türkiye de Sağlık İnanç Modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 6(6): 427-43.

Davis, D.T., Bustamante, A., Brown, C.P., Wolde-Tsadik, G., Savage, E.W., Cheng, X., Howland, L., (1994). The urban church and cancer control: a source of social influence in minority communities. *Public Health Reports* 109(4): 500-507.

Doheny, M. O., Sedlak, C. A., Estok, P. J., Zeller, R. A., (2012). Bone density health beliefs and osteoporosis preventing behaviors men. *Orthop Nur.PMC* (4): 266- 272.

Ertuğrul, B., Ünal, S. D., (2020). Bir Vakıf Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Genel Afete Hazırlıklı Olma İnanç Durumlarının Belirlenmesi, *Afet ve Risk Dergisi* 3(1), 2020, (31-45).

Glanz, K., Rimer, B. K., Lewis, F.M., (2002). Health behavior and health education: theory, research, and practice. Vıswanath K (Ed) Jossey-Boss CO, San Fransisco: p 590.

Grubbs, L.M., Tabano, M., (2000). Use of sun screen in health care professionals: The health belief model. *Cancer Nursing* 23: 164-167.

Hayden, J., (2009). Health belief model. *Introduction to Health Behavior Theory*. Canada: Jones and Barlett Publishers.

Heiss, G., (2005). Health promotion and risk reduction in the community in: Maurer FA, Smith CM, *Community Health Nursing Theory and Practice*, 2nd.Ed. Saunders Company, WB, pp 466-485.

İnal, E., (2015). Acil durumlara/afetlere bireysel hazırlığı değerlendirmek için sağlık inanç modeli'ne dayalı ölçek geliştirme, T.C. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü Halk Sağlığı Programı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.

İnal, E., Kocagöz, S., Turan, M., (2012). Temel Afet Bilinç ve Hazırlık Düzeyinin Saptanmasına Yönelik Bir Araştırma, *Türkiye Acil Tıp Dergisi- Tr J Emerg Med*, 12(1):15-19. doi: 10.5505/1304.7361.2012.05658

Jirojwong, S., Maclennan, R., Manderson, L., (2001). Health beliefs and pap smears among thai women in brisbane. *AsiaPac J Public Health* 13(1): 20-3.

Kaya, A., Moçoşoğlu, B., Sevim, H. İ., (2021). Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Olarak Öğretmenler ve Okul Yöneticilerinin Salgına Yönelik Bireysel Hazırlık Algılarının İncelenmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 18 (40): 2345-2374. DOI: 10.26466/opus.868717.

Koyun, A., (2013) Yetişkin kadınlara değişim aşamaları modeli (trans teoretik model) ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.

Loke, A.Y., Davies, L., Li, S.F., (2015). Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: The Health Belief Model. *BMC Health Services Research* 15: 274.

Mathre, M.L., (2004). Alcohol tobacco and other drug problems in the community. In: Stanhope M, Lancaster J (ed) *Community and public health nursing*, 6th ed. Mosby Elsevier, pp 848-874.

McDonald, S., Saslow, D., Alciati, M.H., (2004). Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. *CA: Cancer Journal For Clinicians* 54(6): 345-361.

Nahcıvan, N., Seçginli, S., (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar olarak Sağlık İnanç Modelinin kullanımı. *C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 7(1).

Nguyen, V.H., (2017). Osteoporosis prevention and osteoporosis exercise in community-based public health programs. *Osteoporosis And Sarcopenia* 3:18-31.

Onega, L.C., Jensen, A.A., (2004). Community health education. theories, models and principles. In: Stanhope M, J. Lancaster J (ed). *Community & public health nursing*, 8. ed, Mosby, pp 295-315.

Özgül, N., (2010). The state of cervical cancer in Turkey and cervical cancer screening studies, *Cancer Control İn Turkey*. Ankara, Başak Matbaacılık, pp 379-384.

Pang, M., Leung, T., Lau, T., Chung, K.H., (2008). Impact of first child birth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a long itudinal observational study. *Birth: Issues İn Perinatal Care* 35(2):121-128.

Poss, J.E., (2000). Factor associated with participation by mexican migrant farmworkers in a tuberculosis screening program. *Nursing Research* 49(1):20-28.

Sevencan, F., (2017). Bodrum ilçesindeki öğrencilerin sağlık eğitimi ihtiyaçlarının belirlenmesi öğrencilerin sağlık eğitim ihtiyacı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*: 145-150. DOI: 10.17942/sted.348510.

Strecher, V.J., Champion, V.L., Rosenstock, I.M., (1997). The health belief model and health behaviour. In: Gochman DS (ed.). *Handbook of health behaviour research, Vol I. personal and social determinants*, Plenum Press, New York and London.

Strecher, V.J., Rosenstock, I.M., (1997). The health belief model. In: Glanz K, Marcus-Lewis F, Rimer BK(eds) *Health behaviour and health education: Theory, research, and practice, 2nd Ed.* Jessey Bass Publishers, San Francisco.

Tuong-Vi, H., (2007). Anderson cancer center, Houston, TX. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American Women. *Oncology Nursing Forum* 34(2): 481.

Wallece, L.S., Boxall, M., Riddeck, N., (2004). Ifluence exercise and diet to prevent osteoporosis; Lessons from three studies. *British Journal of Community Nursing* <https://Doi.Org/10.12968/BJCN.2004.9.3.12431>.