

Tıp Fakültesi

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

6 ŞUBAT DEPREMİ NEDENİ İLE GÖÇ ETMİŞ DEPREMZEDELERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sevgi ÇİTİL

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2025

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

6 ŞUBAT DEPREMİ NEDENİ İLE GÖÇ ETMİŞ DEPREMZEDELERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sevgi ÇİTİL

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: Prof. Dr. Gülru Pemra CÖBEK ÜNALAN

İSTANBUL 2025

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasının hazırlanmasında bilgi, rehberlik ve desteklerini esirgemeyen başta değerli danışman hocam Prof. Dr. Gülru Pemra Cöbek Ünalan'a, hepsi birbirinden değerli hocalarım Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya'ya, Prof. Dr. Mehmet Akman'a, Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili' ye, Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal, Dr. Öğr. Üyesi Buğu Usanma Koban' a ve Dr. Öğr. Üyesi Saliha Şahin'e teşekkür ederim.

Asistanlık sürecim boyunca yanımda olan, bu deneyimi benim için daha zengin, ilham verici ve değerli hale getiren kıymetli eş kıdemlerime, birlikte çalıştığım asistan ve uzman arkadaşlarıma ve anabilim dalımızın değerli personeline içten teşekkür ederim.

Hayatımın her anında yanımda olan ve bana güç veren canım annem, babam, ablalarım ve kardeşime,

Hayatımın en güzel anlarını, en değerli hatıralarını paylaştığım canım eşim Mehmet Çitil'e ve yaşamımıza daha da anlamlandıran sevgili oğlum İbrahim Efe Çitil'e sonsuz minnettarlık ve sevgilerimi sunuyorum. Bu süreçteki sonsuz desteğiniz için teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Sevgi ÇİTİL
İstanbul 2025

İÇİNDEKİLER

Sayfalar

İÇİNDEKİLER ……ii

TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ …..……..iv

KISALTMALAR ……..vi

ÖZET……viii

ABSTRACT…….....xi

1. GİRİŞ VE AMAÇ ……...……..1

2. GENEL BİLGİLER ..……...……..7

2.1 Afet Nedir? ……7

2.2 Afet Türleri……7

2.3 Deprem Nedir? ……9

2.4 Depremin Etkileri…….……...……10

2.4.1 Sosyal Etkileri……10

2.4.2 Çevresel Etkiler ……...…….……..11

2.4.3 Ekonomik Etkileri……..12

2.4.4 Sağlık Üzerine Etkiler ……..…….13

2.5 Deprem Sonrası En Sık Görülen Psikiyatrik Hastalıklar ……..…….14

2.5.1Travma Sonrası Stres Bozukluğu (PTSB) ….……..……..…15

2.5.2 Depresyon …..……...…….……..…15

2.5.3 Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) ……..……..…....16

2.5.4 Çocuklarda Psikiyatrik Etkiler ..……..……....16

2.6 Psikososyal Destek İhtiyacı ……..……..…17

2.7. Göç Nedir? ……...……...…....17

2.8. Göçün Sosyal ve Ekonomik Etkileri …….....…19

2.9. Göçün Sağlık Üzerine Etkileri ……....20

2.9.1. Çocuk Sağlığına Etkileri ……...……...….20

2.9.2. Kadın Sağlığına Etkileri ……..….21

2.9.3. Yaşlı Sağlığına Etkileri ……..…….……..…..21

2.9.4. Kronik Hastalıkların Takibi …….…….….22

2.10. Deprem, Göç ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ……..…..….23

3. MATERYAL VE METOT …….…...28

3.1. Araştırmanın Tipi, Zamanı, Yeri, Evren ve Örneklem…….……..28

3.2. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri…….…….31

3.3 Veri Toplama Araçları …….……...31

3.4. Analiz Yöntemleri …….…….33

3.6 Araştırmada Etik Kurul Başvurusu …….……33

4. BULGULAR ……35

4.1 Tanımlayıcı Bilgiler ……..…… ….35

4.2. Katılımcıların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma İle İlgili Bulguları ……...39

4.3 Deprem Öncesi ve Deprem Sonrası Aile Hekimliği Hizmetleri Kullanma Durumu …… 45

5. TARTIŞMA ……..….52

5.1 Depremlerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Olan İhtiyaç ve Kullanımına Etkisi ……. 53

5.2 Deprem ve Ruh Sağlığı …… 62

5.3 Araştırmanın Güçlü Yanları ……...……...……...66

5.4 Araştırmanın Kısıtlılıkları ……..…….……...……...67

5.5 Sonuç ve Öneriler …….....68

6. KAYNAKLAR …….….72

7. EKLER ……...…….…..80

TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Katılımcıların cinsiyete göre yaş dağılımı …… …..35

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ……...36

Şekil 2. Katılımcıların kronik hastalık dağılımı …….. …… 37

Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Özellikleri …….37

Tablo 3. MÜPEAH ve Kartal LKŞH Depresyon Tarama Sonuçları ……. 39

Tablo 4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Bilme ve Kullanma Durumu …….40

Tablo 5. Az kullanılan hizmetleri bilenlerin sosyodemografik özelliklerinin Dağılımı ……....41

Tablo 6. Deprem Öncesi (DÖ) Birinci Basamağı Kullanma Durumu ……..42

Tablo 7. Deprem Sonrası (DS) Birinci Basamağı Kullanma Durumu ……..43

Şekil 3. Aile hekimine duyulan ihtiyacın bazı sosyodemografik gruplarla ilişkisi ...44

Tablo 8. Aile Hekimine Duyulan İhtiyacın Sosyodemografik Özelliklerle Karşılaştırılması …….45

Şekil 4. Deprem öncesi ve deprem sonrası aile hekimi durumu ……46

Tablo 9. Depremden Önce ve Sonrası Aile Hekimi Durumunun Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması …….47

Şekil 5. Deprem Öncesi ve Sonrası ASM Ziyaret Sayısının Medeni Durum ve Çocuk Varlığı ile Student's t-Test Analizi ……49

Şekil 6. Deprem Öncesi ve Sonrası ASM Ziyaret Sayısının Meslek Durumu ve İlaç Kullanımı ile Student's t-Test Analizi ……...49

Tablo 10. Deprem Öncesi ve Sonrası Aile Hekimi Ziyaret Sayısının Sosyodemografik Özelliklerle Karşılaştırılması ……..50

KISALTMALAR

AAFP: American Academy of Family Physicians

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AFAD: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DAF: Doğu Anadolu Fayı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ICD: International Classification of Diseases

IDMC: Internal Displacement Monitoring Centre

KAF: Kuzey Anadolu Fayı

MDB: Major Depressive Disorder

PHQ: Patient Health Questionnaire

PTSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder

QOL: Quality of Life

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TDK: Türk Dil Kurumu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

USPSTF: United States Preventive Services Task Force

WHO: World Health Organization

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

İTÜ: İstanbul Teknik Üniversitesi

DS: Deprem Sonrası

DÖ: Deprem Öncesi

GP: General Practitioner (Genel Pratisyen)

IBM: International Business Machines

MÜPEAH: Muhtemelen Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kartal LKŞH: Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

NY: New York

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

US: United States (ABD)

USA: United States of America (ABD)

6 Şubat Depremi Nedeni İle İstanbul'a Göç Etmiş Depremzedelerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarının Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen Kahramanmaraş depremleri büyük yıkıma neden olmuş ve birçok insanın yaşadığı bölgeden göç etmesine yol açmıştır. Zorunlu göç, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanım alışkanlıklarını etkileyebilmektedir. Bu çalışmada, deprem sonrası İstanbul'a göç eden bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi, kullanım sıklığı, etkilenen faktörler ve psikolojik sağlık durumları değerlendirilmektedir.

Yöntem: Bu çalışma, tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde yürütülmüştür. 6 Şubat 2023- 30 Mart 2023 tarihleri arasında "X34 Deprem Kurbanı" ICD-10 kodu ile kayıtlı veya "Doğal Afet/Doğal Olay Bildirimi" yapılmış 18 yaş ve üzeri hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. 1.900 katılımcı hedeflenmiş, Ağustos 2023- Ağustos 2024 tarihleri arasında 155 kişiyle telefon görüşmesi yoluyla veri toplanmıştır. Anket ile sosyodemografik bilgiler, deprem öncesi ve sonrası aile hekiminin bilinmesi, Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ziyaret sıklığı, sağlık hizmetlerine erişim ve kısa depresyon taraması sonuçları değerlendirilmiştir. Veriler SPSS v.23 kullanılarak analiz edilmiş, Bağımsız T-testi ve Ki-kare testi uygulanmıştır (istatistiksel anlamlılık: $p<0,05$).

Bulgular: Katılımcıların ASM ziyaret sayılarında deprem sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmüştür (depremin öncesinde ortalama 2,64; sonrasında 1,50 ziyaret; $p < 0,05$). Birinci basamak hizmetlerine duyulan güncel ihtiyaç, özellikle kadınlarda, evli ve çocuk sahibi olanlarda, eğitim seviyesi düşük olanlarda, kronik hastalığı bulunan ve düzenli ilaç kullanan kişilerde daha yüksek bulunmuştur. Deprem öncesinde katılımcıların %94,8'inin bir aile hekimi bulunurken, bu oran deprem sonrasında %67,7'ye düşmüştür ($p=0,001$). Katılımcıların %60,5'inde en az bir kronik hastalık bulunurken, kronik hastalığı olan bireylerin aylık ortalama birinci basamak sağlık hizmeti ziyaretleri 2,96 ± 1,5'ten 1,69 ± 1,29'a düşmüştür ($p=0,002$). Katılımcıların %48,4'ü depresyon taramasında pozitif sonuç vermiştir; bu oran Türkiye genel depresyon ortalamasının (%6,24) oldukça üzerindedir.

Sonuç: Deprem sonrası İstanbul'a göç eden bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığı azalmıştır. Özellikle kadınlar, eğitim düzeyi düşük bireyler, kronik hastalığı olanlar ve ruhsal açıdan destek ihtiyacı bulunan kişiler sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin planlanmasında bu özelliklere sahip grupların öncelikli olarak ele alınması ve hizmetlere daha hızlı ve kolay erişimlerinin sağlanması önerilmektedir. Yüksek depresyon oranı, göç eden bireylerin ruhsal sağlığının ciddi şekilde etkilendiğini göstermekte ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yalnızca fiziksel sağlık değil, ruhsal sağlık desteklerini de içerecek şekilde güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Deprem sonrası sağlık, afet kaynaklı göç, birinci basamak sağlık hizmetleri, göç eden nüfus, ruh sağlığı, aile hekimliği.

ABSTRACT

Evaluation of Primary Healthcare Utilization Among Earthquake Survivors Who Migrated to Istanbul Due to the February 6 Earthquake Background and

Aim: The Kahramanmaraş earthquakes that occurred on February 6, 2023, caused massive destruction and led to the displacement of many individuals from their residential areas. Forced migration can significantly affect individuals' access to and utilization of healthcare services. This study aims to evaluate the access to primary healthcare services, frequency of use, influencing factors, and psychological health status of individuals who migrated to Istanbul after the earthquake.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study conducted at Marmara University Pendik Training and Research Hospital and Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital. The study included patients aged 18 and over who were either registered with the ICD-10 code “X34 Earthquake Victim” or reported under the “Natural Disaster Notification” between February 6 and March 30, 2023. Although the target sample size was 1,900 individuals, data were collected from 155 participants through telephone interviews between August 2023 and August 2024. The structured questionnaire included sociodemographic characteristics, knowledge of family physicians before and after the earthquake, frequency of visits to Family Health Centers (FHC), access to healthcare services, and results of a brief depression screening. Data were analyzed using SPSS v.23, and independent t-tests and chi-square tests were applied (statistical significance: $p < 0.05$).

Results: A statistically significant decrease was observed in the number of visits to FHCs after the earthquake (mean of 2.64 before vs. 1.50 after; $p < 0.05$). The need for primary healthcare services was higher among women, married individuals with children, those with lower education levels, individuals with chronic diseases, and those using regular medication. While 94.8% of participants had a registered family physician before the earthquake, this rate dropped to 67.7% afterward ($p = 0.001$). Among the participants, 60.5% had at least one chronic disease. The average monthly visits to primary care services among these individuals decreased from 2.96 ± 1.5 to

1.69 ± 1.29 (p = 0.002). Additionally, 48.4% of participants screened positive for depression, a rate significantly higher than the national average of 6.24% in Türkiye.

Conclusion: The frequency of primary healthcare service utilization among individuals who migrated to Istanbul after the earthquake has decreased. Women, individuals with lower educational levels, those with chronic diseases, and those in need of psychological support were found to have higher levels of healthcare needs. Therefore, healthcare planning should prioritize these groups and facilitate faster and easier access to services. The high rate of positive depression screenings highlights the severe impact of forced migration on mental health and emphasizes the need for primary care services to be strengthened not only in terms of physical health but also with integrated mental health support.

Keywords: Post-earthquake healthcare, disaster-induced migration, primary healthcare utiization, displaced populations, mental health, family medicine.

1. GİRİŞ

Afet, toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur (1). Afetlerin etkilerini azaltmak veya oluşumunu engellemek için yapılan planlama, müdahale ve iyileştirme çalışmaları "Afet Yönetimi" olarak adlandırılır. Afet yönetimi, yalnızca kriz anındaki müdahale süreçlerini değil, afet sonrası sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir şekilde devam ettirilmesini de kapsamaktadır. Afetlerin ardından halk sağlığı sistemleri hızla devreye girmeli ve olası sağlık krizlerini önleyici tedbirler almalıdır. Özellikle zorunlu göç, sanitasyon eksikliği, su kaynaklarının kirlenmesi, bulaşıcı hastalıkların yayılması ve beslenme yetersizlikleri gibi faktörler, afetten etkilenen toplulukların sağlık açısından ciddi tehditlerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda, afet yönetimi süreçleri içerisinde halk sağlığı hizmetlerinin entegrasyonu kritik bir bileşen olarak ele alınmalıdır (2). Doğal ve insan kaynaklı afetlerin etkileri çoğu zaman birbirine bağlıdır. Örneğin, ormanların yok edilmesi (insan kaynaklı bir faaliyet), bir bölgede sel riskini artırabilir. Benzer şekilde, yanlış şehirleşme ve altyapı eksiklikleri, doğal afetlerin yıkıcı etkilerini artıran başlıca unsurlar arasında yer alır. Bu nedenle hem doğal hem de insan kaynaklı afetlerin etkilerini azaltmaya yönelik kapsamlı bir planlama ve yönetim stratejisi geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (3).

Deprem, yer kabuğunda biriken enerjinin aniden serbest bırakılması sonucu meydana gelen sismik dalgaların oluşturduğu bir doğal afettir (1). Bu enerji genellikle yer kabuğundaki fay hatlarının hareketi ile açığa çıkar. Depremler, büyük yıkıma neden olabilen doğrudan etkilerinin yanı sıra, uzun vadeli sosyal ve ekonomik sonuçlarıyla da dikkat çeker (4). Türkiye'de son 70 yıldır doğal afetler sebebiyle yaşamını kaybeden kişi sayısı 100.000; hasar gören bina sayısı 600.000 ve farklı şekillerde depremden etkilenen bina sayısı 500.000 civarındadır. Türkiye'de diğer doğal afetlere göre en sık meydana gelen ve etkileri itibariyle en yıkıcı olan doğal afetler depremlerdir (5). 1998 ile 2017 yılları arasını kapsayan 20 yıllık süreçte dünya

genelinde meydana gelen depremler yaklaşık 750.000 kişinin ölümüne ve 125 milyondan fazla kişinin çeşitli şekillerde bu depremlerden etkilenmesine neden olmuştur (6). Depremler, belirtilen süre zarfında diğer tüm doğal afetlerin toplamından daha fazla insanın ölümüne sebep olmuştur (5). Depremler, insan hayatlarına derin ve yıkıcı etkiler bırakan, yeryüzünün sarsılmasına yol açan en önemli doğal afetlerden biridir. 2023 yılında Türkiye'de, Kahramanmaraş merkezli meydana gelen yıkıcı depremler, ülkede büyük bir insani kriz yaratmış ve milyonlarca kişinin yaşamını birçok alanda etkilemiştir (3,5,7,8). Bu büyük felaket, yalnızca fiziksel altyapıyı değil, aynı zamanda toplumsal ve bireysel sağlık yapısını da ciddi şekilde olumsuz etkilemiştir. Deprem sonrasında güvenli barınma ihtiyacı nedeniyle, birçok kişi Ankara, Antalya ve İzmir gibi büyük şehirlere göç etmek zorunda kalmıştır. Bu durum, göç edilen bölgelerde sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına yol açmıştır (8).

Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğündeki tanımına göre göç; ekonomik, toplumsal veya siyasi sebeplerle bireyler ile toplulukların bir ülkeden başka bir ülkeye, bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gitme işi, taşınma, hicret, muhaceret olarak tanımlanmaktadır (9). Bu hareketlilik, geçici veya kalıcı olabileceği gibi, zorunlu ya da gönüllü şekilde gerçekleşebilir. Göç olgusu; ekonomik, sosyal, politik ve çevresel faktörlerin etkisi altında şekillenmektedir. Özellikle doğal afetler, savaşlar ve ekonomik krizler gibi olağanüstü durumlar, toplu göçlerin en önemli sebeplerinden biridir (10,11). Uluslararası İç Göç İzleme Merkezi (Internal Displacement Monitoring Centre)'nin 2023 yılında yayınlanan Küresel Ülke İçinde Yerinden Edilme Raporu incelendiğinde, 2022 yılı boyunca 151 ülke ve bölgede 60,9 milyon kişinin ülkeleri içinde yerinden olduğu belirtilmektedir. Bu rakam, 2021 yılına göre %60 artış gösterirken, aynı zamanda şimdiye kadarki en yüksek seviyeye ulaşmıştır. Bu yerinden edilme vakalarının 32,6 milyonu doğa kaynaklı afetlerle ilişkilendirilmiştir (3). Türkiye'de, 2023 yılında iller arası göçün %14,5'i doğal afetler veya doğal olaylar nedeniyle gerçekleşmiştir (12). Evlerini ve şehirlerini terk etmek zorunda kalan bu kişiler, çoğunlukla depremden etkilenmemiş çevre illere ve Ankara, Antalya gibi büyük metropollere göç etmiştir (3).

Afetlere bağlı ülke içinde yerinden edilmelerin büyük bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmiştir. Bu durum, afetlerin ve göçlerin mağdurlarının genellikle zarar görebilirliği yüksek ve dirençliliği zayıf gruplardan oluştuğunu göstermektedir

(3). Göç, bireyler ve toplumlar üzerinde çok katmanlı sosyal etkiler bırakmaktadır. Kırsal bölgelerden farklı bölgelere veya bir şehirden başka bir şehre yapılan göçler, bireylerin mevcut sosyal bağlarından koparak yeni bir çevrede yaşamlarını sürdürmelerine neden olmaktadır. Bu süreçte bireyler, yalnızlık, sosyal uyumsuzluk, kültürel çatışma ve ekonomik sıkıntılar gibi çeşitli sorunlarla karşılaşabilirler. Bu etkiler yalnızca göç eden bireylerin hayatını değil, aynı zamanda göç edilen yerlerin toplumsal yapısını da değiştirmektedir (13). Göç sürecinde bireyler, yeni yaşam koşullarına uyum sağlama konusunda çeşitli zorluklarla karşılaşabilirler. Özellikle kültürel dinamiklere uyum süreci, bireyler için önemli bir meydan okuma olabilir. Göç edilen bölgelerde nüfusun artışıyla birlikte ulaşım, konut, sağlık ve eğitim gibi hizmetlerde yetersizlikler yaşanabilir.

Göç eden bireyler, özellikle iç göç kapsamında yeni bir sağlık sistemine adapte olmak zorunda kalabilir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşanmasına, kronik hastalıkların yönetiminde aksaklıklara ve bulaşıcı hastalıkların yayılma riskinin artmasına neden olabilir (3). Göç süreci, çocukların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde önemli etkiler yaratabilmektedir. Sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde, çocuklar her toplumda ve her koşulda risk grubu içerisinde yer almaktadır. Bunun temel nedeni, toplumda meydana gelen olumsuzluklardan çocukların daha fazla etkilenmesidir. Yer değiştirme sürecinde çocuklar, yetersiz beslenme, hijyenik olmayan yaşam koşulları ve bulaşıcı hastalıklara maruz kalma riski taşımaktadır. Çocuk ölümlerinin en yaygın nedenlerinden biri olan malnütrisyon, göç sürecinde yaşanan olumsuzluklarla daha da artabilir ve bu durum çocukları beslenme yetersizliği açısından riskli hale getirebilir. Aşı programlarının aksaması, bulaşıcı hastalıkların yayılımını hızlandırabilir. Ayrıca, göç sonrası çocukların yeni çevreye uyum sürecinde psikososyal destek hizmetlerinin yetersizliği, zihinsel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek gelişim süreçlerini sekteye uğratabilmektedir (3,14). Çocuklar, göçler ve afetler sırasında yaralanma, ailesinden veya yakın çevresinden birinin yaralanması, sevdiklerini kaybetme, travmatik olaylara tanıklık etme, medyada istenmeyen görüntülere maruz kalma ve korku gibi pek çok olayla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu süreçte, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon ve anksiyete en sık görülen psikiyatrik sağlık problemleri arasında yer almaktadır (3,15,16). Kadınlar, göç sürecinde en kırılgan gruplardan biri olarak

değerlendirilmektedir. Özellikle gebelik dönemindeki kadınlar, prenatal bakım hizmetlerine erişimde çeşitli engellerle karşılaşabilmekte ve bu durum hem anne hem de fetüs sağlığı açısından ciddi riskler oluşturabilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan aksaklıklar, prenatal kontrollerin yetersizliği, beslenme eksiklikleri ve hijyen koşullarının olumsuzluğu, gebelik sürecini daha da riskli hale getirebilir. Bunun yanı sıra, göç sürecinin yarattığı belirsizlik, sosyal destek mekanizmalarının zayıflaması ve travmatik deneyimler, kadınların ruh sağlığı üzerinde de olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar, göç eden kadınların panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara karşı daha duyarlı olduğunu göstermektedir. Bu psikiyatrik bozukluklar, kadınların genel sağlık durumlarını etkileyerek hem kendilerinin hem de bakım verdikleri bireylerin yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Göç sürecinde kadınların hem fiziksel hem de psikososyal sağlıklarını koruyabilmek adına kapsamlı destek mekanizmalarına erişimlerinin sağlanması büyük önem taşımaktadır (3,17).

Afetler sonrasında yaşlı bireyler, sağlık, hareket kabiliyeti, psikososyal destek ve yaşam koşulları açısından diğer gruplara göre daha fazla zorluk yaşayabilmektedir. Göç gibi travmatik bir süreç, afetin yarattığı olumsuz etkileri daha da ağırlaştırabilir. Aile veya destekleyici üyelerin bakımı olmadan göç etmek zorunda kalan yaşlı bireyler, temel gereksinimlerini karşılamakta büyük güçlük çekebilirler. Afet sonrası birçok yaşlı birey, mevcut maddi kaynaklarını kaybedebilir ve emekli maaşları veya birikimleri göç sürecinde yeterli olmayabilir (18). Deprem sonrası zorunlu göç, bireyleri yaşadıkları bölgeyi terk etmeye ve genellikle altyapısı yetersiz alanlarda yaşamaya zorlar. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde önemli aksaklıklar yaratabilir. Göç eden bireyler, yeni yerleşim yerlerinde travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik sorunlarla karşılaşabilirler. Ayrıca, yetersiz hijyen koşulları bulaşıcı hastalıkların yayılma riskini arttırabilir (3,19). Bu noktada, birinci basamak sağlık hizmetleri hem akut hem de kronik sağlık sorunlarına yönelik etkin bir yanıt mekanizması sağlamaktadır. Acil müdahale süreçlerinden elde edilen deneyimler, afet durumlarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm temel bileşenlerinin kesintisiz sürdürülebilmesi ve acil tıbbi yardımın birinci basamak sağlık hizmetleri politikaları, stratejileri ve uygulamalarıyla bütünleşik bir yaklaşımla ele alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır (19).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık bileşenlerini birlikte değerlendiren kapsamlı bir perspektif sunmaktadır. Göç eden depremzede bireyler açısından değerlendirildiğinde, birinci basamak sağlık kuruluşları afet sonrası en yakın ve hızlı erişilebilir sağlık hizmetini sunma potansiyeline sahiptir. Bu hizmetlerin temel ilkelerinden biri olan süreklilik ilkesi, depremzedelerin uzun vadeli sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında kritik bir rol oynar; hastalıkların erken tanı ve tedavisini, olası komplikasyonların erken tespitini ve uzun süreli takibini mümkün kılar. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aşılama, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve rehabilitasyon hizmetleri, göç eden depremzedeler için afet sonrası dönemde büyük önem taşımaktadır. Bu hizmetlerin, birinci basamak sağlık sistemleri tarafından hızlı bir şekilde devreye alınarak kesintisiz devam ettirilmesi, toplum sağlığı açısından hayati bir önem taşımakta ve herhangi bir gecikme yaşanmadan uygulanmalıdır (19).

Ülkemizde zorunlu bir sevk sisteminin bulunmaması, hastaların doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurabilmesine olanak tanımaktadır. Bu sistem kapsamında, bireyler ihtiyaç duydukları branş hekimlerinden doğrudan sağlık hizmeti alabilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda, hastaların mevcut şikâyetleri önceliklendirilerek değerlendirme yapılmaktadır. Ancak, poliklinik muayene sürelerinin sınırlı olması, günlük hasta yoğunluğunun fazlalığı ve randevu alımındaki güçlükler mevcuttur. Bu yüzden afet sonrası süreçte aile hekimleri; yalnızca afetzedelerin akut sağlık sorunlarını yönetmekle kalmayıp, aynı zamanda kronik hastalıkların takibini de üstlenmelidir. Bu durum, aile hekimliği disiplininin "kapsamlı yaklaşım" ilkesine dayanır. Aile hekimi, afetzedenin hem fiziksel hem de psikolojik açıdan akut ve/veya kronik sağlık sorunlarına yanıt verebilecek bir konumda olup, kronik hastalık yönetiminin sürekliliğini sağlamalıdır. Tedavi süreçlerinin kesintisiz devam ettirilmesi, temel sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır. Aile hekimleri, hastalarına yaş, cinsiyet veya herhangi bir demografik farklılık gözetmeksizin sağlık hizmeti sunarak, afet sonrası dönemde de ilk tıbbi temas noktası olmaya devam etmektedir. Özellikle çocuklar, kadınlar, yaşlılar, engelliler ve kronik hastalığa sahip bireyler gibi kırılgan gruplar için en kapsamlı sağlık hizmetini sunma kapasitesine sahiptirler (11,19).

Göç eden bireylerin sağlık sistemine entegrasyonu, yalnızca fiziksel hastalıkların tedavisi açısından değil, aynı zamanda ruh sağlığı desteği, kronik hastalık yönetimi ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişim açısından da değerlendirilmelidir (40). Deprem sonrası göç eden bireylerin bütüncül, kapsamlı ve etkin bir şekilde değerlendirilmesini birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmaları ile mümkün olmaktadır. Bu bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim süreçlerini anlamak ve yaşadıkları zorlukları tespit etmek, afet sonrası sağlık politikalarının geliştirilmesi açısından önem kazanabilir.

Çalışmanın amacı:

Bu çalışma, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası İstanbul'a göç eden bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimini değerlendiren ilk araştırmadır. Bu araştırmada 6 Şubat 2023 tarihinde aynı gün meydana gelen Kahramanmaraş merkezli iki büyük deprem ve artçı depremlerin sebep olduğu göç hareketleri sonrasında İstanbul'a göç eden kişilerin birinci basamak sağlık hizmetleri kullanım davranışları üzerinde durulmuştur. Bu çalışmanın amacı göç etmek zorunda kalan depremzedelerin birinci basamak sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları, ulaşma durumları, hangi hizmetler için ve ne sıklıkla kullandıkları, kullanma durumunu etkileyen özelliklerin neler olduğu ve kısa depresyon tarama sonuçlarını öğrenmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Afet Nedir?

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), afet kavramını; can ve mal kayıplarına, fiziksel, sosyal, ekonomik, politik ve çevresel zararlara neden olan doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olayların belirli bir zaman diliminde ve coğrafi alanda meydana gelme olasılığı olarak tanımlamaktadır (1).

2.2. Afet Türleri

Afetler, temel olarak iki ana kategoriye ayrılmaktadır: doğal afetler ve insan kaynaklı afetlerdir.

İnsan kaynaklı afetler, doğrudan veya dolaylı olarak insan faaliyetlerinden kaynaklanan olaylardır. Endüstriyel kazalar, çevre kirliliği, radyoaktif sızıntılar, kısmen orman yangınları, savaşlar ve terör olayları bu kategoriye girmektedir. Bu tür afetler, genellikle uzun vadeli planlama eksiklikleri, teknik hatalar veya insan etkisiyle çevreye verilen zararların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin, kimyasal bir tesiste meydana gelen patlama hem çalışanlar hem de çevrede yaşayan bireyler için ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Radyoaktif sızıntılar ise, Çernobil ve Fukuşima örneklerinde olduğu gibi, yalnızca lokal değil, küresel ölçekte çevresel sorunlara ve halk sağlığı sorunlarına neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra, savaşlar ve terör olayları, geniş çaplı yıkımlara, kitlesel göç hareketlerine ve uzun vadeli psikososyal travmalara sebep olmaktadır (3).

Doğal afetler ise, insanoğlunun kontrolü dışında meydana gelen ve genellikle doğal koşullardan kaynaklanan olaylardır. Depremler, seller, volkanik patlamalar, kasırgalar, çığlar ve kuraklık gibi olaylar bu kategoriye girmektedir. Bu afetler, coğrafi ve iklimsel faktörlere bağlı olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilmekte ve geniş çaplı etkilere yol açabilmektedir. Depremler, yer kabuğunda biriken enerjinin aniden serbest bırakılması sonucu oluşur ve hem yapılaşmayı hem de altyapıyı ciddi şekilde tahrip edebilir. Seller, ani ve yoğun yağışlar ile nehir taşkınları nedeniyle meydana gelerek şehirleri ve tarımsal alanları olumsuz etkileyebilir. Volkanik patlamalar, yalnızca çevresel yıkıma yol açmakla kalmayıp, atmosfere salınan gazlar ve partiküller nedeniyle küresel iklim değişikliklerine de neden olabilir. Kuraklık ise, su

kaynaklarının azalmasına bağlı olarak tarımsal üretimi ciddi şekilde etkileyerek gıda güvenliği üzerinde uzun vadeli olumsuz sonuçlar doğurabilir (3).

Doğal ve insan kaynaklı afetler, çoğu zaman birbiriyle etkileşim halindedir ve yıkıcı etkileri artırabilir. Örneğin, ormansızlaşma (insan kaynaklı bir etken), toprak erozyonunu artırarak bir bölgede sel riskini önemli ölçüde yükseltebilir. Benzer şekilde, plansız şehirleşme ve yetersiz altyapı, doğal afetlerin yıkıcı etkilerini daha da ağırlaştıran faktörler arasında yer almaktadır. Bu nedenle hem doğal hem de insan kaynaklı afetlerin olası zararlarını en aza indirebilmek için kapsamlı bir afet yönetimi stratejisinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu strateji; sürdürülebilir şehir planlamasını, dayanıklı altyapı inşasını, afet risk analizlerini ve çevresel koruma politikalarını içermelidir (3).

Afetlerin oluşumunu önlemek veya etkilerini en aza indirmek amacıyla yürütülen planlama, müdahale ve iyileştirme faaliyetlerinin tümü "afet yönetimi" olarak tanımlanmaktadır. Doğal afetlerin etkilerini azaltmada erken uyarı sistemleri, dayanıklı altyapının inşası ve çevresel düzenlemeler kritik bir rol oynamaktadır. Örneğin, sahil bölgelerinde kurulan tsunami erken uyarı sistemleri, can kayıplarını ve maddi zararları önemli ölçüde azaltabilmektedir (3). İnsan kaynaklı afetlerin önlenmesi ise, etkin denetim mekanizmaları, sürdürülebilir çevre politikaları ve kamu farkındalığının artırılmasıyla mümkün olabilmektedir. Afet yönetimi kapsamında alınan önlemler toplumun afetlere karşı daha dirençli hale gelmesini sağlayarak can ve mal kayıplarını en aza indirir (3). Ayrıca, afetler sırasında ve sonrasında halk sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi kritik öneme sahiptir. Bu süreçte, akut sağlık hizmetlerinin yanı sıra, toplumun genel sağlık durumunun izlenmesi ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleyici tedbirlerin alınması hayati önem taşımaktadır (2).

Afet yönetimi, yalnızca fiziksel yıkımı önlemeyi değil, aynı zamanda toplum sağlığının korunmasını da kapsayan bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu doğrultuda, afetler sonrası sağlık sistemlerinin devamlılığı ve erişilebilirliği kritik öneme sahiptir. Özellikle deprem gibi afetler sonrasında sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği, halk sağlığı açısından temel bir gerekliliktir (19). Afet sonrası süreçte aile hekimleri; yalnızca afetzedelerin akut sağlık sorunlarını yönetmekle kalmayıp, aynı zamanda kronik hastalıkların takibini de üstlenmelidir. Bu durum, aile

hekimliği disiplininin "kapsamlı yaklaşım" ilkesine dayanır. Aile hekimi, afetzedenin hem fiziksel hem de psikolojik açıdan akut ve/veya kronik sağlık sorunlarına yanıt verebilecek bir konumda olup, kronik hastalık yönetiminin sürekliliğini sağlamalıdır. Tedavi süreçlerinin kesintisiz devam ettirilmesi, temel sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır. Aile hekimleri, hastalarına yaş, cinsiyet veya herhangi bir demografik farklılık gözetmeksizin sağlık hizmeti sunarak, afet sonrası dönemde de ilk tıbbi temas noktası olmaya devam etmektedir. Özellikle çocuklar, kadınlar, yaşlılar, engelliler ve kronik hastalığa sahip bireyler gibi kırılgan gruplar için en kapsamlı sağlık hizmetini sunma kapasitesine sahiptirler (11,19).

2.3. Deprem Nedir?

Deprem, yer kabuğunda biriken enerjinin aniden serbest bırakılmasıyla meydana gelen ve sismik dalgalar oluşturan doğal bir afettir (1). Bu enerji, fay hatlarının hareketi sonucu açığa çıkar ve yüzeyde büyük yıkımlara neden olabilir. Depremler, fiziksel tahribatın yanı sıra, sosyal ve ekonomik açıdan da uzun vadeli etkiler yaratmaktadır (4).

Türkiye, Alp-Himalaya deprem kuşağında yer almakta olup, dünyadaki en aktif sismik bölgelerden biridir. Ülkenin jeolojik yapısı, Avrasya, Afrika ve Arap plakalarının etkileşim alanında bulunması nedeniyle oldukça karmaşıktır. Türkiye'de, Kuzey Anadolu Fay Hattı (KAF) ve Doğu Anadolu Fay Hattı (DAF) olmak üzere iki ana fay hattı bulunmaktadır. Kuzey Anadolu Fay Hattı, Marmara Denizi'nden başlayarak Doğu Anadolu'ya kadar uzanan ve sık sık büyük depremlere neden olan aktif bir fay sistemidir. Türkiye'nin bu aktif sismik bölge içerisinde yer alması, gelecekte büyük depremlerin meydana gelme olasılığını artırmaktadır. Yapılaşma politikalarının ve afet yönetimi stratejilerinin bu jeolojik gerçekler dikkate alınarak düzenlenmesi gerekmektedir (4) Türkiye'nin yüz ölçümünün %92'si deprem riski altındadır ve nüfusun yaklaşık %70'i aktif deprem bölgelerinde yaşamaktadır. Marmara, Ege, Doğu Anadolu ve İç Anadolu bölgeleri, yüksek deprem riski taşıyan alanlar arasında yer almaktadır. Marmara Bölgesi, sanayi tesisleri ve nüfus yoğunluğu açısından kritik bir konuma sahip olup, burada meydana gelebilecek büyük bir depremin geniş çaplı ekonomik ve sosyal etkiler yaratacağı öngörülmektedir. Türkiye'de son 70 yılda doğal

afetler nedeniyle yaşamını kaybeden kişi sayısı 100.000'i aşmış, 600.000 bina hasar görmüş ve 500.000 bina farklı şekillerde depremden etkilenmiştir. Türkiye'de, diğer doğal afetlere kıyasla en sık meydana gelen ve en büyük yıkıma neden olan afet türü depremlerdir (5). 1998 ile 2017 yılları arasındaki 20 yıllık süreçte, dünya genelinde meydana gelen depremler 750.000'den fazla insanın ölümüne ve 125 milyondan fazla insanın etkilenmesine yol açmıştır (6). Depremler, bu süre zarfında diğer tüm doğal afetlerin toplamından daha fazla can kaybına neden olmuştur. Son yılların en şiddetli depremlerinden biri ise 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli depremlerdir ve Türkiye'de yaşanan en büyük ikinci ve üçüncü depremler olarak kayıtlara geçmiştir. Aynı gün Kahramanmaraş'ın Pazarcık İlçesi (7,8 Mw) ve Kahramanmaraş'ın Elbistan İlçesi'nde (7,7 Mw) meydana gelen depremler Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis, Malatya, Osmaniye, Şanlıurfa ve sonradan Elazığ'ın eklenmesiyle beraber on bir ilde büyük hasara neden olmuş ve yaklaşık 55.000 can kaybı olmuştur (5). Depremden etkilenen illerimizde birinci basamak sağlık tesislerinin hasar tespit çalışmaları sonucunda; 884 hasarsız, 822 az hasarlı, 91 orta hasarlı, 152 ağır hasarlı/ yıkılan bina tespit edilmiştir. Deprem bölgesi illerimizde birinci basamak sağlık tesisleri hasar durumlarına göre yerinde incelenerek 283 adet tesisin yeniden inşa edilmesi planlanmış ve arsası olan 172 tesis yatırım programına alınması için Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne bildirilmiştir (20). 06.02.2023 tarihinde ülkemizin güneydoğusunda meydana gelen ve 11 ili etkileyen Kahramanmaraş merkezli depremlerde bölgedeki sağlık kurumları da büyük ölçüde etkilenmiştir. Depremden doğrudan etkilenen sağlık kurumlarındaki fiziki sorunlarla birlikte bölgede yaşanan elektrik ve internet kesintisi gibi altyapısal sorunlar nedeniyle, mevcut kurumlarla birlikte yeni oluşturulan geçici sağlık birimlerinden de elektronik ortamdaki veri aktarımında ciddi sıkıntılar yaşanmasına ve birinci basamak sağlık hizmeti alımında aksamalara sebep olmuştur (20).

Depremin sosyal, çevresel, toplumsal, ekonomik, eğitim ve sağlık üzerine etkileri detaylı olarak anlatılmıştır.

2.4. Depremin Etkileri

2.4.1. Sosyal Etkileri

Depremler, diğer doğal afetlerden farklı olarak önceden belirgin bir uyarı vermeden meydana gelir ve yaygın, şiddetli etkiler oluşturarak uzun vadeli sonuçlar doğurabilir. Deprem sonrası hasar gören bölgelerin yeniden inşası ve afetzedelerin yerleştirilmesi uzun yıllar sürebilmektedir. Kısa vadede, depremler gibi büyük ölçekli felaketler; depresyon, uyku bozuklukları ve madde bağımlılığı gibi psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Deprem sonrası hayatta kalan bireylerin yaşam kalitesinin önemli ölçüde azaldığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (21,22).

12 Mayıs 2008'de Çin'in Sichuan Havzası'nda meydana gelen Wenchuan depremi sonrasında, depremden etkilenen 2080 kişi üzerinde bilişsel ve psikolojik etkileri incelemek amacıyla bir yıl sonra bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve etnik kökenin psikososyal etkiler üzerindeki rolü değerlendirilmiştir. İş memnuniyeti, yaşam memnuniyeti, sağlık algısı, psikolojik baskı ve psikolojik iyileşme gibi değişkenler incelenmiştir. Sonuçlara göre, kadınların iş ve yaşam memnuniyeti, sağlık algısı ve psikolojik baskı açısından erkeklerden daha olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir. Ayrıca, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin ve yaşlıların, bir yıl sonra psikolojik sorunlar yaşama olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür (23). Sichuan depreminden beş yıl sonra yapılan bir başka araştırmada, göç etmek zorunda kalan yaşlı kurtulanların yaşam kalitesi puanlarının, göç etmeyen yaşlı bireylere kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (24). Ayrıca, yakınlarını kaybeden depremzedelerin psikolojik stres düzeylerinin arttığı ve genel nüfusa kıyasla yaşam kalitelerinin önemli ölçüde düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (21).

2.4.2. Çevresel Etkileri

Depremler, fiziksel, çevresel, toplumsal ve ekonomik boyutlarıyla toplumları derinden sarsan afetlerdir. Eğitim, çevre, konut ve sosyal yapı üzerinde uzun vadeli olumsuz etkiler yaratmaktadır. Depremler, eğitim sistemini ciddi şekilde sekteye uğratmaktadır. 2023 Kahramanmaraş depremleri nedeniyle 7,1 milyon öğrenci eğitimine ara vermek zorunda kalmıştır. Bölgedeki 20.344 eğitim kurumu ve 281.927 öğretmen depremden etkilenmiş, bazı illerde eğitim 3 ila 7 hafta boyunca durmuştur. (5). Depremler, çevre üzerinde de kalıcı değişikliklere neden olmaktadır. Yüzey faylanması, çökme, toprak sıvılaşması ve heyelan gibi olaylar geniş coğrafi alanlara yayılabilir. 2023 Kahramanmaraş depremleri sonrası su tutma, toprak muhafaza ve

karbon depolama gibi ekosistem fonksiyonları zarar görmüş, afet bölgeleri iklim değişikliklerine karşı daha savunmasız hale gelmiştir (5). Ayrıca, su ve kanalizasyon sistemleri ciddi hasar almış, bu durum suyla bulaşan hastalıkların (kolera, tifo, hepatit A) yayılma riskini artırmıştır (3). Toplumsal düzeyde en büyük tahribat konutlar üzerinde gerçekleşmektedir. 2023 Kahramanmaraş depremlerinde 518.000 bina tamamen yıkılmış veya yıkılmaya uygun hale gelmiş, 131.500 bina orta ve 1.279.727 bina az hasarlı olarak kaydedilmiştir (5).

Depremler, toplumsal bağları zayıflatarak, yerinden edilmeleri ve sosyal eşitsizlikleri artırmaktadır. Afet sonrası dayanışma duygusu güçlenebilse de kaynak kıtlığı ve belirsizlikler sosyal çatışmaları tetikleyebilir. Eğitim ve sosyal hizmetlerde yaşanan aksaklıklar, özellikle dezavantajlı gruplar için uzun vadeli sorunlara yol açabilmektedir (5).

2.4.3. Ekonomik Etkiler

Depremler, ekonomik kayıplara yol açarak bireysel, kurumsal ve ulusal düzeyde ciddi mali etkiler oluşturur. Ekonomik kayıplar; taşınmaz varlıklarda meydana gelen zararlar, taşınır mallardaki kayıplar, iş kesintilerinden kaynaklanan gelir kaybı, kamu sektörüne getirilen ek maliyetler, ölüm ve yaralanmalar sonucu ortaya çıkan hane geliri kayıpları gibi çeşitli faktörleri içermektedir. Deprem sonrası fiziksel altyapının tahrip olması, ulaşım sistemlerinin sekteye uğramasına ve lojistik süreçlerde ciddi aksaklıklara neden olmaktadır. Yollar, köprüler ve havaalanları gibi kritik altyapı unsurlarının yıkılması, afet bölgesine yardım ulaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Afet yönetiminde, hangi malzemelere ihtiyaç duyulduğu, bu malzemelerin nerede bulunabileceği ve ulaşım sisteminin nasıl işleyeceği gibi unsurların önceden belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Etkili bir müdahale yönetimi için, lojistik süreçlerin iyi planlanması ve malzemelerin afet bölgelerine zamanında ulaştırılması gerekmektedir. Planlama ve karar alma süreçlerine lojistik uzmanlarının dahil edilmemesi durumunda, yardım dağıtımlarında gecikmeler yaşanmakta ve bölgedeki temel ihtiyaçların karşılanması zorlaşmaktadır (5).

2015 yılında Nepal'de meydana gelen 7,8 büyüklüğündeki deprem yaklaşık 8 milyon insanı etkilemiş ve Nepal’in gayri safi yurtiçi hasılasının yaklaşık yarısına denk gelen 10 milyar dolarlık bir ekonomik kayba neden olmuştur. Bu durum, depremlerin

ekonomik etkilerinin geniş kapsamlı ve yıpratıcı olabileceğini göstermektedir. Deprem sonrası afet bölgesinde yaşayan bireyler, gelir kayıplarını telafi etmek ve daha iyi istihdam fırsatları aramak için iş gücü göçüne yönelmektedir (25). Kahramanmaraş merkezli depremler, afet bölgesindeki sanayi ve üretim tesislerine sınırlı hasar vermiş ve insan kaynaklarının ciddi ölçüde etkilenmesine neden olmuştur. Resmi makamlara bildirilen göç eden kişi sayısının iki milyona yaklaştığı bildirilmiştir. Bu kitlesel göç hareketi, özellikle depremden etkilenen illerin nüfuslarında azalmaya neden olabileceği gibi, konut sektörü başta olmak üzere birçok ekonomik sektörü de etkileme potansiyeline sahiptir (5).

2.4.4. Sağlık Üzerine Etkiler

Depremler, sağlık sistemi üzerinde büyük bir yük oluşturarak akut ve kronik sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Deprem sonrası hijyen koşullarının bozulması, su kaynaklarının kirlenmesi ve kalabalık yaşam alanlarının oluşması, bulaşıcı hastalıkların yayılma riskini arttırmaktadır. Uluslararası insan ve hayvan hareketlerinin yaygınlaşması, doğal afetler, savaşlar ve göç gibi insan kaynaklı olaylar, zoonotik hastalıkların artmasına ve kontrol edilmesinin zorlaşmasına yol açmaktadır. Afet dönemlerinde gıda tedarik zincirinin bozulması, hijyen standartlarının düşmesi ve hayvansal gıdaların işlenme süreçlerindeki aksaklıklar zoonotik hastalıkların yayılmasını kolaylaştırmaktadır. Deprem gibi afetlerde özellikle ishal, tifo ve solunum yolu enfeksiyonları yaygın olarak görülmektedir (3,11).

Kronik hastalıklar da afetler sonrası ciddi bir sağlık riski oluşturmaktadır. Diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların yönetimi zorlaşmakta, bu da sağlık komplikasyonlarını artırmaktadır. Afet ve acil durumların akut evrelerinde bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik ilginin yetersiz kaldığı, 21. yüzyılda acil afet yönetim sistemlerinin bu konuya daha fazla odaklanması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin Sichuan depreminde şehir hastanelerine başvuran hastaların %47'sini hipertansiyon, %24'ünü ise diyabet hastaları oluşturmuştur. Doğal afetlerin kronik hastalıkların semptomlarını şiddetlendirmesine rağmen, afet sonrası bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimiyle ilgili yapılan çalışmaların sınırlı olduğu bildirilmektedir (26). Mevcut afet ve kriz yönergeleri çoğunlukla kızamık, kolera ve

ishal gibi bulaşıcı hastalıklara odaklanırken, bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimine yönelik rehberlerin eksikliği dikkat çekmektedir (11).

Gebelik takibi, doğum sonrası bakım ve çocuk sağlığı hizmetleri, afet sonrası süreçte ciddi şekilde aksayabilmektedir. Bu durum, anne ve bebek ölüm oranlarında artışa neden olabilmektedir. Depremden etkilenen bölgelerde bağışıklık hizmetlerinin kesintiye uğraması, özellikle çocukluk çağı aşılamalarının aksamasına yol açarak bulaşıcı hastalık salgınlarını tetikleyebilmektedir. Kadınların hijyen ürünlerine erişiminin azalması üreme sağlığını olumsuz etkileyebilirken, cinsel sağlık hizmetlerindeki kesintiler istenmeyen gebeliklerin ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların artmasına neden olabilmektedir (3).

Deprem sonrası ruh sağlığının da ciddi şekilde etkilendiği bilinmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkların depremzedelerde daha sık görüldüğü yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. 2023 Kahramanmaraş depremlerinden iki ay sonra, deprem bölgesindeki ebelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, TSSB oranının %21,5 olduğu tespit edilmiştir. Bu öğrencilerde, TSSB ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve yaşam kalitesinin belirgin şekilde düştüğü gözlemlenmiştir (27). 2015 Nepal depremi sonrasında 409 ergen üzerinde yapılan bir çalışmada, TSSB oranının %43,3 ve depresyon oranının %38,1 olduğu belirlenmiştir (28).

Afetlerin psikolojik etkileri ve kronik hastalıkların tanı ve takibi ile ilgili süreçler, çok sık görülen bileşenler arasında yer almaktadır. Bu nedenle bu konular ayrıca ele alınacaktır.

2.5. Deprem Sonrası En Sık Görülen Psikiyatrik Hastalıklar

Depremler, yalnızca fiziksel yıkımlara değil, aynı zamanda bireylerin psikososyal sağlığı üzerinde de derin ve uzun vadeli etkilere yol açmaktadır. Deprem sonrası travma, kayıplar ve belirsizlik hissi, bireylerin ruh sağlığında bozulmalara neden olabilmektedir. Bu süreçte en sık görülen psikiyatrik hastalıklar arasında travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu yer almaktadır.

2.5.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB, travmatik bir olayın ardından sıkça görülen bir ruh sağlığı bozukluğudur. Deprem gibi ani ve yıkıcı olaylar sonrasında bireylerde sık tekrarlayan kabuslar, travmatik anıları hatırlatan tetikleyicilerden kaçınma, uykusuzluk, aşırı irkilme tepkileri ve duygusal uyuşukluk gibi semptomlar ortaya çıkabilir. Türkiye'de 1999 Marmara Depremi sonrası yapılan bir araştırmada, depremzedelerin %17'sinde TSSB belirtileri tespit edilmiştir. 2023 Kahramanmaraş Depremi sonrası yapılan çalışmalarda ise TSSB oranlarının %55'e kadar yükseldiği belirlenmiştir (29). 2023 Kahramanmaraş depremlerinden iki ay sonra, deprem bölgesindeki ebelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, TSSB oranının %21,5 olduğu tespit edilmiştir. Bu öğrencilerde, TSSB ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve yaşam kalitesinin belirgin şekilde düştüğü gözlemlenmiştir (27). Benzer şekilde, 2015 Nepal depremi sonrasında 409 ergen üzerinde yapılan bir çalışmada, TSSB oranının %43,3 ve depresyon oranının %38,1 olduğu belirlenmiştir (28).

2.5.2. Depresyon

Depresyon, çökkünlük, kederli hissetme, ilgi ve isteğin azalması, enerji kaybı ve işlevselliğin bozulması gibi belirtilerle seyreden yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasında değişmektedir. Uygun şekilde tedavi edilmediğinde, yüksek sağlık maliyetleri, iş gücü kaybı, sosyal izolasyon ve artan ölüm oranları gibi ciddi toplumsal sonuçlara yol açabilmektedir (30). Deprem sonrası depresyonun gelişiminde birçok faktör rol oynamaktadır. Bu faktörler arasında travmatik yaşantılar, yakınlarını kaybetme, maddi kayıplar ve yerinden edilme gibi unsurlar yer almaktadır: Deprem sırasında yaşanan korku, çaresizlik ve belirsizlik hissi, bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde derin bir etki bırakabilmektedir (31). Aile bireylerinin veya arkadaşların kaybı, yas sürecini başlatarak depresyon riskini artırabilir (32). Ev, iş yeri veya mal varlığını kaybetmek, bireylerde çaresizlik ve geleceğe dair umutsuzluk hissine yol açabilir (33). Depremden kaynaklanan yaygın yıkım hem kısa hem de uzun vadede ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Depremler kişilerarası ilişkileri, aile dinamiklerini ve sosyal bağları zayıflatabilir. Bu ilişkilerde bireylerde çeşitli derecelerde ruh sağlığı sorunlarına neden olabilir (33). Deprem sonrası, akut stres bozukluğu, uyku bozuklukları ve önceden var olan psikiyatrik hastalıkların kötüleşmesi sıkça görülmektedir (34). Deprem sonrası

dönemde anksiyete, dissosiyasyon, intihar eğilimleri, alkol ve madde kötüye kullanımı), agresif davranışlar ve bozulmuş sosyal etkileşimler gibi psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (33). Travma sonrası stres bozukluğu, depremlerin uzun vadeli etkileri arasında en yaygın görülen psikiyatrik sağlık sorunudur. Bunu, majör depresif bozukluk (MDB) takip etmektedir (33,35). Afetlerden etkilenen bireylerde potansiyel ruh sağlığı sorunlarının erken tanımlanması, önleyici tedbirlerin uygulanması ve bu sorunlar kronikleşmeden müdahale edilmesi büyük önem taşımaktadır. 2023 Kahramanmaraş Depremi'nden dört ay sonra Kahramanmaraş'taki bir konteyner kentte 529 depremzedeyle yapılan bir araştırmada, depresyon oranının %15,9 olduğu belirlenmişti (33).

2.5.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) olan kişilerde ise "sürekli, aşırı ve durumla uygun olmayan bir endişe durumu" söz konusudur. Aşırı endişe, kişinin günlük yaşamını olumsuz yönde etkiler ve hatta olağan yaşam etkinliklerini sürdürmesini engeller. Bu kişiler her durumda olası en kötü sonucu düşünürler, her şey kendi denetimlerinin dışındadır, iyi bir olasılık ya da geriye dönüş mümkün değildir. YAB'da aşırı endişe ve kaygı genellikle sağlık, aile, para ya da iş gibi konularla ilgilidir. Denetlenemez nitelikte olan endişe hali en az altı ay boyunca hemen her gün vardır ve gün boyunca sürer. YAB' nin yaşam boyu görülme sıklığı %5-6'dır. Başka bir deyişle, her 100 kişiden 5-6'sı yaşamlarının herhangi bir zamanın bu hastalığı yaşayabilir (36). Deprem sonrası, bireylerde geleceğe dair belirsizlik hissi, sürekli endişe hali ve kontrol edilemeyen kaygılar yaygın olarak görülebilmektedir. YAB, kronik bir kaygı durumu olarak depremzedelerde sık rastlanan bir psikiyatrik hastalıklardır. Çalışmalar, geçici barınma koşulları ve zorunlu tahliye süreçlerinin, anksiyete, depresyon ve TSSB gibi psikiyatrik hastalıkları arttırdığını göstermektedir (35).

2.5.4. Çocuklarda Psikiyatrik Etkiler

Doğal afetlerin, çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı üzerinde önemli ve uzun vadeli etkiler bıraktığı çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir (16). Depremden etkilenen çocuklarda sık görülen psikolojik belirtiler arasında regresyon davranışları (parmak emme, alt ıslatma gibi), okula uyum sorunları ve sosyal geri çekilme yer almaktadır.

Bu semptomlar, afet sonrası müdahale edilmeyen psikolojik travmaların uzun vadeli etkilerini yansıtabilmektedir. 2011 Büyük Doğu Japonya Depremi'nden etkilenen bölgelerde yaşayan 9-14 yaş aralığındaki 462 çocuk ve ergen üzerinde yapılan bir çalışmada, depremden üç yıl sonra %23,4'ünde psikolojik sıkıntılar tespit edilmiştir (16). Benzer şekilde, Silwal ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, 2015 Nepal Depremi'nden etkilenen bölgelerde yaşayan 11-17 yaş aralığındaki 515 ergende ruh sağlığı sorunları taranmıştır. Depresyon Öz Değerlendirme Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada, depremden 18 ay sonra katılımcıların %37,5'inde ve depremden 31 ay sonra %33,2'sinde depresif semptomlar tespit edilmiştir (15).

2.6. Psikososyal Destek İhtiyacı

Depremzedelerin psikolojik iyileşme sürecinin desteklenmesi için travmaya duyarlı müdahale programlarının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Afet sonrası psikososyal destek ekiplerinin hızla devreye girerek bireylerin ruh sağlığını güçlendirmesi, uzun vadeli psikolojik etkilerin azaltılmasına yardımcı olabilir (15). Depremin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini yönetebilmek için, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hızlı müdahale ekiplerinin oluşturulması ve afet sonrası sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasında önemli hale gelebilir. Bu stratejiler, afet sonrası dönemde hem fiziksel hem de psikiyatrik sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasını sağlayarak toplumun iyileşme sürecini hızlandıracaktır (19). Deprem sonrası göç eden bireyler, afetin yarattığı fiziksel, sosyal ve ekonomik zorluklarla uzun süre mücadele etmek zorunda kalabilmektedir. Barınma, istihdam, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar, afet mağdurlarının bulundukları yerleri terk etmelerine neden olabilmektedir (8,9).

Deprem sonrası görülen olumsuz etkilerin sonucu olarak göç meydana gelmektedir (3,11).

2.7. Göç Nedir?

Türk Dil Kurumu Türkçe sözlüğüne göre göç; ekonomik, toplumsal veya siyasi sebeplerle bireylerin ve toplulukların bir ülkeden başka bir ülkeye ya da bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine taşınması, hicret veya muhaceret olarak

tanımlanmaktadır (9). Göç hareketliliği geçici veya kalıcı olabileceği gibi, zorunlu ya da gönüllü şekilde de gerçekleşebilir. Göç ekonomik, sosyal, politik ve çevresel faktörlerin etkisi altında şekillenmektedir. Özellikle doğal afetler, savaşlar ve ekonomik krizler gibi olağanüstü durumlar, toplu göçlerin en önemli sebepleri arasında yer almaktadır (10,11). Son yıllarda, afetler ve göç hareketleri arasındaki ilişki giderek daha belirgin hale gelmiş ve bu iki olgu arasındaki paralel artış dikkat çekici bir seviyeye ulaşmıştır. Afetlerin nüfus hareketliliğini tetiklediği bilinmekle birlikte, bu paralelliğin temel nedeni uluslararası göç rakamlarından ziyade ülke içinde gerçekleşen nüfus hareketliliklerinden kaynaklanmaktadır. Uluslararası Ülke İçinde Yerinden Edilme İzleme Merkezi (Internal Displacement Monitoring Centre - IDMC) tarafından 2023 yılında yayımlanan Küresel Ülke İçinde Yerinden Edilme Raporu'na göre, 2022 yılı boyunca 151 ülke ve bölgede toplam 60,9 milyon kişi ülke sınırları içinde yerinden edilmiştir. Bu rakam, 2021 yılına kıyasla %60 oranında bir artışı temsil etmekte olup, aynı zamanda şimdiye kadar kaydedilen en yüksek değerdir. Bu nüfus hareketinin 32,6 milyonunun doğa kaynaklı afetlerle doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir (3). Türkiye'de de benzer bir eğilim gözlemlenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2007-2008 döneminde %3,18 olan iller arası göç eden nüfus oranı, yıllar içinde değişkenlik göstererek 2023 yılında %4,04 seviyesine ulaşmıştır. Bu, 2023 yılı itibarıyla Türkiye'de iller arasında göç eden toplam nüfusun 3 milyon 450 bin 953 kişi olduğu anlamına gelmektedir. Bu nüfusun %47,9'unu erkekler, %52,1'ini ise kadınlar oluşturmuştur. 2023 yılında Türkiye'de iller arası göçlerin %14,5'inin doğal afetler veya doğal olaylardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (12). Deprem nedeniyle evlerini ve yaşadıkları şehirleri terk etmek zorunda kalan bireyler, genellikle depremden etkilenmemiş çevre illere ve Ankara, Antalya gibi büyük metropollere göç etmiştir (3). Bu çalışma, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası İstanbul'a göç eden bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimini değerlendiren ilk araştırmadır.

Göç ve afet olguları, yalnızca rakamlarla ifade edilemeyecek kadar kompleks ve çok boyutlu süreçlerdir. Ekonomik, siyasi, sosyal ve çevresel bileşenleri bulunan bu iki olgunun ortak noktası, "zarar görebilirlik" ve "dirençlilik" kavramlarıdır. İnsanların yaşadıkları yerleri terk etmek zorunda kalmalarının temel nedeni doğa veya insan kaynaklı bir tehlikenin afete dönüşmesinin altında yatan en kritik faktör de bu

iki kavram ile açıklanabilir. Afetlere bağlı iç göçlerin büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Bu nedenle, afet ve göç süreçlerinin en büyük mağdurları, zarar görebilirliği yüksek ve dirençliliği düşük topluluklardan oluşmaktadır (3). Göçler, çeşitli kriterlere göre sınıflandırılabilir:

İç Göç: Bir ülkenin sınırları içinde gerçekleşen göçlerdir. Kırsaldan kente yapılan göçler bu kategoriye girer.

Dış Göç: Bir ülkeden başka bir ülkeye doğru gerçekleşen göçlerdir. Ekonomik fırsatlar, savaşlar veya siyasi baskılar nedeniyle meydana gelir.

Zorunlu Göç: Doğal afetler, savaşlar veya politik baskılar nedeniyle bireylerin yaşadıkları yerleri terk etmek zorunda kalmasıdır.

Gönüllü Göç: Daha iyi yaşam koşulları arayışıyla bireylerin kendi istekleriyle gerçekleştirdiği göçlerdir.

Mevsimlik Göç: Tarım, turizm veya belirli sektörlerde çalışan bireylerin belirli sürelerle farklı bölgelere taşınmasıdır.

Uluslararası Göç: Ülkeler arası iş gücü hareketliliği veya mülteci krizleri gibi durumları kapsar.

Göç eden kişilerin ve edilen bölgelerin sosyal, ekonomik ve demografik yapıları üzerinde önemli değişimlere yol açmaktadır. Özellikle afet sonrası gerçekleşen zorunlu göçler, toplumların yeniden yapılanma süreçlerinde kritik bir rol oynamakta ve göç edilen bölgelerde sağlık, barınma ve istihdam gibi birçok alanda büyük dönüşümlere neden olmaktadır (37).

2.8. Göçün Sosyal ve Ekonomik Etkileri

Göç, bireyler ve toplumlar üzerinde çok yönlü etkiler yaratan karmaşık bir süreçtir. Sosyal, ekonomik ve kültürel değişimlere neden olan göç hareketleri, bireylerin yaşam kalitesini ve topluma uyum yeteneğini doğrudan etkileyebilmektedir. Kırsal bölgelerden farklı bölgelere veya bir şehirden başka bir şehre yapılan göçler, bireylerin mevcut sosyal bağlarından koparak yeni bir çevrede yaşam kurmalarına neden olmaktadır. Bu süreçte yalnızlık, sosyal uyumsuzluk, kültürel çatışma ve ekonomik sıkıntılar gibi zorluklar yaşanabilmektedir (13). Göçün etkileri yalnızca göç eden

bireyleri değil, göç edilen bölgelerin toplumsal yapısını da derinden değiştirmektedir. Göç eden bireyler, yeni yaşam koşullarına uyum sağlamakta çeşitli güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Göç alan bölgelerde nüfus artışı, ulaşım, konut, sağlık ve eğitim gibi temel hizmetlerde yetersizlikler yaratabilmektedir. Özellikle iç göç kapsamında yeni bir sağlık sistemine adapte olmak zorunda kalan bireyler, sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşayabilmektedir. Bu durum, kronik hastalıkların takibinde aksaklıklara, bulaşıcı hastalıkların yayılmasına ve sağlık sisteminde ek bir yük oluşmasına neden olabilmektedir (3).

2.9. Göçün Sağlık Üzerine Etkileri

2.9.1. Çocuk Sağlığına Etkileri

Göç süreci, çocukların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde ciddi etkiler yaratmaktadır. Çocuklar, sağlık hizmetlerinde her zaman risk grubu olarak kabul edilmekte olup, toplumda yaşanan olumsuzluklardan en fazla etkilenen kesimler arasındadır. Göç sırasında çocuklar, yetersiz beslenme, hijyenik olmayan yaşam koşulları ve bulaşıcı hastalıklara maruz kalma riski altında olabilir (3,14). Aşı programlarından kopma, salgın hastalıkların yayılmasını artırabilir. Göç sonrası adaptasyon sürecinde psikososyal destek hizmetlerinin eksikliği, çocukların zihinsel sağlıklarını olumsuz etkileyerek gelişim süreçlerini sekteye uğratabilir. Malnütrisyon, çocuk ölümlerinin önde gelen nedenlerinden biri olup, annenin afetten psikolojik olarak etkilenmesi süt salgısını azaltarak beslenme problemlerine yol açabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmesini ve en az 2 yaşına kadar anne sütüne devam edilmesini önermektedir (11,14). Afet dönemlerinde emzirme sürecinin kesintiye uğraması, ishal ve solunum yolu enfeksiyonları gibi bebek ölümlerine yol açabilen hastalıkların görülme sıklığını arttırmaktadır. Yenidoğan tarama programları, erken teşhis ve tedaviyle önlenebilir hastalıkların tespitinde kritik bir rol oynamaktadır. Ancak göç ve afet süreçlerinde tarama programlarının aksaması, bu hastalıkların teşhis ve tedavisini geciktirebilir. Ayrıca gıda yetersizliği nedeniyle vitamin ve mineral eksiklikleri, protein-enerji malnütrisyonu gibi sorunlar çocukların büyüme ve gelişimini olumsuz etkileyebilir. Afet sonrası dönemde bulaşıcı hastalık salgınları yaygınlaşabilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yoksulluk, altyapı eksiklikleri ve sağlık kaynaklarının kıt

olması nedeniyle bulaşıcı hastalık riski daha yüksektir. Afet sonrası kamp alanlarında ölüm oranlarının afet öncesine kıyasla 60 kat artabildiği ve ölümlerin büyük bir kısmının bulaşıcı hastalıklardan kaynaklandığı gösterilmiştir (3).

Göç eden çocuklar, yaralanma, sevdiklerini kaybetme, travmatik olaylara maruz kalma, istenmeyen görüntüler izleme ve korku gibi birçok psikolojik zorlukla karşılaşabilir. Afetler sonrası zor yaşam koşulları, çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklara yol açabilmektedir (3,15,16). Bu süreçte çocukların yalnızca fiziksel değil, psikososyal ihtiyaçlarının da karşılanması gerekmektedir. Psikososyal destek ve güvenli alanlar oluşturulması, çocukların kendilerini güvende hissetmelerini ve travmatik süreçlerle başa çıkmalarını kolaylaştırmaktadır (3). Aile hekimliği, bütüncül yaklaşımıyla bu sorunlara erken fark edilecek ve müdahale edebilecek ilk sağlık basamağıdır. Yerel düzeyde en önemli sağlık gücü olarak, afet ve göç sonrası çocukların sağlık ve psikososyal destek süreçlerini yönlendirme kapasitesine sahiptir (3,19).

2.9.2. Kadın Sağlığı

Kadınlar, göç sürecinde kırılgan gruplardan birini oluşturmaktadır (19). Özellikle gebelik döneminde olan kadınlar, prenatal bakım hizmetlerine erişimde ciddi zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu süreçte düzenli gebelik kontrollerinin aksaması, anne ve bebek sağlığını doğrudan etkileyebilecek komplikasyon risklerini artırmaktadır. Kadınların panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara karşı daha duyarlı olduğu bilinmektedir (3,17). Göçün getirdiği belirsizlik, güvenli barınma ihtiyacı ve sosyal destek mekanizmalarının eksikliği, kadınların psikolojik iyilik hallerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durum, yalnızca bireysel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda doğrudan anne ve bebeğin sağlığı üzerinde uzun vadeli etkiler yaratmaktadır. Ayrıca, hijyenik olmayan yaşam koşulları ve tıbbi bakım eksikliği, kadınlarda idrar yolu enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme oranını artırmaktadır (3). Bu tür enfeksiyonlar, tedavi edilmediğinde üreme sağlığını ciddi şekilde tehdit edebilir ve uzun vadede doğurganlık üzerinde kalıcı etkiler bırakabilir. ASM'ler yalnızca yerel halka değil, aynı zamanda göçmen ve mülteci kadınlara da erişilebilir sağlık hizmetleri sunarak, göç sürecinde kadın sağlığını koruma noktasında rol üstlenmektedir (19). Çünkü birinci basamak sağlık

hizmetleri kapsamında ASM'ler kadın üreme sağlığı hizmetleri sunarak doğum kontrolü, gebelik takibi, gebelikte komplikasyonların izlenmesi ve tedavisi gibi konularda hizmet vermektedir (3).

2.9.3. Yaşlı Sağlığının Takibi

Göç ve afet süreçleri, yaşlı bireyler için ciddi sağlık ve psikososyal riskler doğurmaktadır. Travmatik olaylar sonrasında yaşlılar, çocuklar ve yetişkinler gibi olayları tekrar yaşama, duygusal boşluk hissi, kaçınma davranışları ve fiziksel uyarılmışlık tepkileri gösterebilirler. Ancak, yaşlı bireylerde bu belirtiler, işlevsellik kaybı ve mevcut fiziksel veya psikiyatrik hastalıkların kötüleşmesi ile birleşerek daha ciddi sonuçlara yol açabilmektedir (3,38). Sosyal destek mekanizmalarına erişimde yaşanan zorluklar, bu grubu daha da savunmasız hale getirmektedir (38). Yaşlı bireyler, afet sonrasında sağlık, hareket kabiliyeti, psikososyal destek ve yaşam koşulları açısından daha fazla risk altında olan gruplar arasında yer almaktadır. Göç süreci, afetin yarattığı olumsuz etkileri daha da ağırlaştırabilmekte; özellikle aile desteği olmadan göç etmek zorunda kalan yaşlılar, temel gereksinimlerini karşılamakta güçlük çekebilmektedir (18). Afet sonrası maddi kaynakların kaybı, emekli maaşı veya birikimlerin yetersiz kalması gibi ekonomik faktörler, yaşlıların karşılaştığı zorlukları artırmaktadır. Evlerini, sosyal çevrelerini ve güvenlik hissini kaybeden yaşlı bireylerin mevcut yaşam koşullarına uyumu zorlaşmaktadır. Bu durum, kaygı ve stres düzeyinin artmasına neden olurken, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik hastalıkların ortaya çıkma riskini de artırmaktadır. Ayrıca, hareket kabiliyetindeki sınırlamalar ve kronik hastalıkların bakımındaki aksaklıklar, sağlık sorunlarının daha da kötüleşmesine yol açabilmektedir. Sosyal destek sistemlerinden kopan yaşlı bireylerde yalnızlık hissi ve zihinsel sağlık sorunları derinleşmektedir. Bu nedenle, yaşlı bireylerin sağlık ve sosyal destek ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik sistemlerin güçlendirilmesi hayati öneme sahiptir (38,39). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve toplumsal destek mekanizmalarının yaşlı bireyler için erişilebilir olması, onların sağlıklarını koruma ve yaşam kalitelerini artırma açısından rol oynamaktadır (19).

2.9.4. Kronik Hastalıkların Takibi

Depremzedeler arasında göç eden bireylerin kronik hastalıklarının takibi konusunda sınırlı veriye sahibiz. Diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıkları gibi

kronik hastalıkları olan bireylerin düzenli tıbbi kontrollerini sürdürmesi ve ilaç tedavilerine erişimi kritik öneme sahiptir. Ancak göç ve afet süreçlerinde bu hizmetlere erişimde ciddi aksamalar yaşanabilmektedir (40). Kronik hastalıkların kontrolsüz kalması, hastalık yükünü artırarak hem kısa hem de uzun vadede ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır. Örneğin, diyabetli bireylerde insülin tedavisindeki kesintiler, kan şekeri seviyelerinde ani dalgalanmalara ve ketoasidoz gibi hayati tehlike yaratan durumların ortaya çıkmasına yol açabilir. Hipertansiyon hastalarında düzenli takip eksikliği, kan basıncının yükselmesine ve inme veya kalp krizi riskinin artmasına sebep olabilir. Benzer şekilde, kronik akciğer hastalığı olan bireylerde medikal tedavinin kesintiye uğraması, akut solunum yetmezliği ataklarına neden olabilir (40,41). Göç sürecinde yaşanan stres ve travmalar, kronik hastalıkların seyrini olumsuz yönde etkileyebilir. Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar, bu bireylerin hastalıklarını yönetme kapasitelerini sınırlandırarak sık hastane yatışlarını gerektirebilir (41). Kronik hastalıkların stabil olmaması, bireylerin genel sağlık durumunu kötüleştirirken, acil tıbbi müdahalelere olan ihtiyacı artırarak sağlık sistemine ek yük bindirmektedir. Bu süreçte, birinci basamak sağlık hizmetleri hayati bir rol oynamaktadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, bulaşıcı olmayan hastalıkların teşhisinde ve yönetiminde daha aktif rol alarak, kalp ve damar hastalıkları, kanserler ve kronik hava yolu hastalıklarına bağlı erken ölümlerin ve morbiditenin azalmasına önemli katkı sağlayabilir (40). Göç eden kronik hastalığa sahip bireylerin düzenli sağlık taramalarına erişimi sağlanarak, uzun vadeli komplikasyonlar önlenebilir ve yaşam kaliteleri artırılabilir (3).

2.10. Deprem, Göç ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Her yıl milyonlarca insan afetlerden etkilenmekte, temel sağlık hizmetleri ise bu süreçte kritik bir rol üstlenmektedir. Afetler, farklı şiddet ve biçimlerde ortaya çıkarken sağlık sistemine ciddi yükler getirmektedir. Aile hekimleri, afetin her aşamasında – olayın saptanması, müdahale edilmesi ve yönetilmesi – önemli sorumluluklar üstlenerek toplum sağlığını korumada ön saflarda yer almaktadır. Aile hekimliği, hastalıkların önlenmesi, bireylerin sağlıklarını koruması ve toplumun esenliğini artırması açısından temel bir disiplindir. Afet yönetim sürecinde, risk yönetimi modern yaklaşımların temel taşlarından biri olup, sağlık hizmetlerinin sürekliliği açısından büyük önem taşımaktadır. Afet öncesinde hazırlık, afet sırasında

etkin müdahale ve sonrasında iyileştirme süreçlerinde aile hekimleri aktif rol alarak toplum sağlığını desteklemektedir. Özellikle kronik hastalıkların takibi, erken tanı, tedavi süreçlerinin yönetimi ve uygun takip mekanizmalarının oluşturulması aile hekimlerinin öncelikli görevleri arasındadır. Afet anında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin mümkün olduğunca sürdürülmesi, diğer sağlık gruplarıyla koordinasyonun sağlanması ve afet tıbbı süreçlerine entegrasyon kritik öneme sahiptir. Kronik hastalık takibi, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü ve psikolojik destek afetzedeler için en gerekli hizmetler arasındadır. Ayrıca, çocuklar, kadınlar, yaşlılar, engelliler ve kronik hastalıkları olan bireyler gibi kırılgan gruplara yönelik sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunulması büyük önem taşımaktadır. Afet sonrası geçici barınma alanlarında gebe takibi, üreme sağlığı hizmetleri, aile planlaması ve aşılama çalışmaları aksayabileceğinden, aile hekimleri bu süreçte toplum sağlığını destekleyici önlemler almalıdır. Afetlerin türüne bağlı olarak tetanoz, grip ve hepatit B gibi aşıların uygulanması gerekebilir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi açısından aşılama planlamasının aile hekimleri tarafından yürütülmesi büyük önem arz etmektedir (19).

Toplumun afetlere karşı dirençli hale gelmesi için sürdürülebilir bir afet yönetim sistemi geliştirilmelidir. Bireylerin krize karşı direnç kapasitesini artırmak, afetlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ve toplumsal kalkınmayı desteklemek, sağlık profesyonellerinin etkin rol almasıyla mümkündür. Bu kapsamda, aile hekimleri bütüncül ve kişi merkezli sağlık hizmetleri sunarak afetlere karşı toplumsal direnci artırabilir. Afetler sonrasında bireylerin sağlık durumunun düzenli takibi gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri hem fiziksel hem de psikolojik sağlık izlemi yaparak olası komplikasyonları önceden tespit edebilir. Diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların takibi, tedavi süreçlerinin kesintisiz devam etmesiyle sağlanırken, psikolojik sağlık hizmetleri kapsamında depremzedelere psikososyal destek sunulması önem arz etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, temel danışmanlık hizmetleri sağlayarak bireylerin psikolojik iyilik halini desteklemekte ve gerekli durumlarda ileri düzey tedavilere yönlendirme yapmaktadır. Toplum temelli yaklaşımla, birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık sorunlarını erken fark ederek yayılmasını önlemekte, özellikle bulaşıcı hastalıkların kontrolü için koruyucu tedbirler uygulamaktadır. Deprem ve göç gibi kriz durumlarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliği, Dünya Aile Hekimliği Organizasyonu

tarafından belirlenen yeterliliklerle desteklenmekte olup, uzun vadeli takip ve bütüncül yaklaşımla bireylerin ve toplulukların yaşam kalitesini iyileştirmede kritik bir rol üstlenmektedir (19).

Katrina Kasırgası sonrası 2005 yılında yapılan araştırmalar, afetlerden sonra kronik hastalık yönetiminin halk sağlığı açısından kritik bir konu olduğunu ortaya koymuştur. Tıbbi personel ile yapılan görüşmelerde diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve böbrek hastalığı gibi kronik hastalıkları olan kişilerin, afetten sonra ilaç ve tıbbi hizmetlere erişimde ciddi sorunlar yaşayabileceği konusunda endişeliydiler. Kasırga sonrası yapılan çalışmalarda, hipertansiyon, kalp hastalıkları ve diyabet gibi hastalıkları olan bireylerin düzenli takip edilmemesinin, ölüm ve morbidite oranlarını artırdığı gösterilmiştir. Afetlerden sonra kronik hastalık yönetimi, sadece akut tıbbi müdahalelerle sınırlı kalmamalı, aynı zamanda uzun vadeli sağlık planlamasıyla da desteklenmelidir (42).

Afet sonrası sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve etkili yönetimi için birinci basamak sağlık hizmetleri kritik bir role sahiptir. Aile hekimleri, yalnızca hastalıkların tedavisiyle değil, aynı zamanda toplumun sağlık kapasitesinin artırılmasıyla da ilgilenmelidir. Bu sayede, bir sonraki afete daha dirençli bir toplum inşa edilebilir ve sağlık hizmetleri kriz anlarında bile kesintisiz sürdürülebilir hale getirilebilir (3,19,42). Depremler sonrası zorunlu göç, bireyleri yaşadıkları bölgeleri terk etmeye ve genellikle altyapısı yetersiz alanlarda yaşamaya zorlar. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde ciddi aksaklıklar yaratırken, göç eden bireylerin travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklarla karşılaşma riskini artırır. Hijyen koşullarının kötüleşmesi ve kalabalık yaşam alanları, bulaşıcı hastalıkların yayılma ihtimalini artıran diğer önemli faktörlerdir. Bu noktada, birinci basamak sağlık hizmetleri hem akut hem de kronik sağlık sorunlarına yönelik etkin bir müdahale mekanizması sunarak sağlık sisteminin temel taşı haline gelmektedir (3,19). Aile hekimleri, birey ve toplum sağlığının korunmasında temel rol oynayan sağlık profesyonelleridir. Hastalarıyla uzun vadeli ilişkiler kurarak onların tıbbi geçmişini, sağlık ihtiyaçlarını ve sosyal çevrelerini en iyi bilen uzmanlar olarak afet yönetiminin her aşamasında etkin olmalıdırlar. Afet yönetimi sadece tıbbi müdahalelerle sınırlı olmayıp, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, psikolojik destek sağlanması ve halk sağlığının korunması gibi çok yönlü bir süreci kapsamaktadır. Aile

hekimlerinin afet yönetimine aktif olarak dahil edilmesi, toplum sağlığının korunması ve afetlerin olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (19).

Dünya Aile Hekimliği Organizasyonu'nun modeline göre birinci basamak sağlık hizmetleri, fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı bütüncül bir yaklaşımla ele alır. Depremzedeler için hem fiziksel yaralanmaların hem de psikolojik travmaların yönetimi büyük bir gerekliliktir. Afet durumlarında birinci basamak sağlık hizmetleri, en hızlı ulaşılabilen sağlık hizmetleri arasındadır. Mobil sağlık birimleri ve geçici sağlık merkezleri, göçmen topluluklara hızla destek sağlayabilir. Birinci basamağın temel prensiplerinden biri olan süreklilik, göç eden bireylerin uzun vadeli sağlık gereksinimlerini karşılamada hayati öneme sahiptir. Kronik hastalıkların kontrolü ve psikososyal destek, aşılama, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve rehabilitasyon hizmetleri depremzedeler için kritik bir öneme sahiptir (19).

Araştırmalar, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü olduğu ülkelerde sağlık bakımının daha etkin, ekonomik ve sürdürülebilir olduğunu göstermektedir. İyi yapılandırılmış bir birinci basamak sağlık sistemi, sağlık eşitsizliklerini azaltarak toplum sağlığının genel refahını artırmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri: ilk başvuru noktası olması, hasta merkezli bakım sunması, hastalık merkezli yaklaşımdan uzaklaşarak uzun süreli takip ve kapsamlı hizmet vermesi, farklı sağlık ekipleri arasında koordinasyonu sağlamasıdır. Afet sonrası, birinci basamağın ilk başvuru yeri olma özelliği, bireylerin sağlık sistemine erişimini kolaylaştırırken, maliyet-etkin bir sağlık hizmeti sunulmasına da olanak tanımaktadır (43). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin afet yönetim süreçlerindeki rolü, yalnızca fiziksel sağlık hizmetleriyle sınırlı kalmayıp, toplumun psikolojik iyilik halini koruma, bulaşıcı hastalıkları önleme ve sağlık eşitsizliklerini azaltma gibi geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Sağlık sisteminin dayanıklılığı ve afetlere hazırlıklı olması, birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesiyle mümkündür. Göç eden bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmak ve afet sonrası iyileşme sürecini hızlandırmak için, aile hekimlerinin aktif rol alması zorunludur (19,43).

Afet yönetimi ve birincil sağlık bakımı, afet sonrası sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve uzun vadeli sağlık sonuçlarını iyileştirmek için kritik bir bileşendir. Acil müdahaleden elde edilen deneyimler, afetler sırasında birincil sağlık bakımının tüm temel bileşenlerinin sürdürülmesi gerektiğini göstermektedir. Acil tıbbi yardımın, birincil sağlık

politikaları ve stratejileri ile entegre edilerek bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi, ölümleri ve hastalıkları önemli ölçüde azaltmaktadır (44). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, afet sırasında birincil sağlık bakım sisteminin etkin bir şekilde kullanılması, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlayarak sağlık göstergelerini olumlu yönde etkilemektedir (45).

Türkiye, deprem kuşağında yer alan bir ülke olarak afet sonrası sağlık hizmetlerinin önemini özellikle kronik dönemde yoğun şekilde hissetmektedir. Kronik dönemde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi şu şekilde özetlenebilir:

Depremden etkilenen bireylerde diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların tedavi ve takibine devam edilmesi hayati önem taşımaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, bu hastaların düzenli takibini ve ilaç erişimini sağlayarak sağlık durumlarının kötüleşmesini önleyebilir (40). Travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar, deprem sonrası uzun vadeli sağlık sorunlarına dönüşebilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, erken müdahalelerle bu tür sorunların ilerlemesini engelleyerek bireylerin psikolojik iyilik halini korumada kritik rol oynar (19,40). Deprem sonrası topluluklarda bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla aşılama kampanyaları ve hijyen eğitimi programları düzenlenmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumla doğrudan iletişim sağlayarak salgın hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalar yürütmektedir (3,19). Afet sonrası altyapı sorunları nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim önemli ölçüde aksayabilmektedir. Bu süreçte birinci basamak sağlık merkezleri, hizmetlerin erişilebilirliğini artırarak bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamada kilit bir rol oynar (19). Depremzedelerin uzun vadeli sağlık durumlarını izlemek, olası komplikasyonların erken teşhis edilmesine ve önleyici tedbirlerin alınmasına olanak tanır (19).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, afet yönetiminin her aşamasında topluluklar içinde önemli roller oynamaktadır. Esnek yapıları sayesinde, toplum dayanıklılığının oluşturulmasından pandemilerin erken uyarısına katkı sağlamaya, afet sırasında doğrudan müdahaleye ve iyileşme sürecine kadar her aşamada aktif görev alabilmektedirler (46). Zorunlu göçün sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için, göç alan bölgelerde sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği artırılmalı, sağlık çalışanları bu tür krizlere karşı eğitilmeli ve göç edenlerin sağlık sistemine entegrasyonunu kolaylaştıran politikalar geliştirilmelidir (3,19).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi, Zamanı, Yeri, Evren ve Örneklem

Bu araştırma tanımlayıcı nicel tipte bir çalışmadır.

Evren ve Örneklem Seçimi**:** Bu araştırmanın evrenini, deprem sonrası İstanbul'a göç etmiş 18 yaş ve üzerindeki depremzedeler oluşturmaktadır. İstanbul Kamu Hastaneleri Başkanlığı 6 başkanlıktan oluşmaktadır**.** Bu 6 bölgeden; havaalanına yakın olması, içinde depremzedeler için ilk adres olarak tanımlanan Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi olmak üzere 2 EAH'nin bulunması nedeniyle 1. Kamu Hastaneleri Başkanlığı bölgesi İstanbul'u temsil edebileceği ve mesai saatleri içinde araştırmacının kolay ulaşabileceği düşüncesiyle seçilmiştir. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Marmara Üniversitesi Ek Bina Prof. Dr. Asaf Atasever Hastanesi 1. Bölgede bulunan 2 büyük eğitim araştırma hastanesinin uygulama alanları olması ve hasta sayılarının daha yüksek olduğu için seçilmiştir. 06.02.2023-30.03.2023 tarihleri arasında 18 yaşını doldurmuş ''doğal afet/ doğal olay bildirimi'' yapılan veya ''X34 ICD tanı kodu'' girilen Hatay, Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis, Malatya, Osmaniye, Şanlıurfa'dan gelen depremi yaşamış hastalar ve bu hastaların İstanbul'a 6 Şubat depremi sonrası gelmiş ve birlikte yaşayan 18 yaşını doldurmuş depremi yaşamış hane halkı ve aynı şekilde İstanbul'a deprem nedeni ile göç ettiği bilgisini paylaştıkları yakınları (kartopu örneklem yöntemi ile) çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. 18 yaş altındaki bireyler yasal olarak çocuk kabul edildiği için, araştırmaya dahil edilmeleri ebeveyn ya da yasal vasilerinin onayını gerektirir. Bu durum araştırma sürecini etik ve yasal olarak karmaşık hale getirebileceği için çalışmaya dahil edilmemişlerdir. 06.02.2023-30.03.2023 tarihleri arasında kayıt açılan 18 yaş üstü bireylerin listesi İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü onayıyla temin edilmiş ve bu bireylere hastane kaydında belirttikleri telefon numaraları üzerinden ulaşılmıştır. ''Doğal afet/ doğal olay bildirimi'' yapılan veya ''X34 ICD tanı kodu'' girilen hastaların iletişim bilgilerine ulaşabilmek için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Hastaların isim, soy isim, yaş, T.C kimlik numarası, doğal afet/ doğal olay bildirim adı, telefon numaraları ve kayıt tarihleri bilgileri alınmıştır. Hastanedeki ''doğal afet/ doğal olay

bildirimi'' yapılan veya ''X34 ICD tanı kodu'' girilen polikliniklere ve acil servise başvuran hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. ''Doğal afet/ Doğal olay bildirimi'' hastaların giriş kayıtları sırasında sekreterler tarafından bildirilmiştir. X34 Deprem kurbanı ICD tanı kodu hastaların muayeneleri sırasında hekimler tarafından tanı girişinde kullanılmıştır. Katılımcılara depremden 6 ay sonra telefonla aranarak ulaşılması amaçlanmıştır. Depremden hemen sonra göç eden bireylerin ilk aylarda sürekli olarak yer değiştirebileceği düşünülmüştür. 6 ay, insanların yerleşim süreçlerini tamamlaması ve daha sabit bir adres ya da sağlık hizmetine erişim sağlaması için yeterli bir süre olabilir. Böylece, daha güvenilir bir hedef kitleye ulaşabilmek hedeflenmiştir. Çünkü literatürde, afet sonrası göç edenlerin ilk birkaç ayda geçici çözümler (örneğin, akrabalarının yanına gitmek, geçici barınma tesislerinde kalmak) tercih ettikleri, ancak birkaç ay içinde daha uzun vadeli çözüm arayışına girdikleri belirtilir (47). Deprem sonrası dönemde depremzedelerin İstanbul'da öğrenci yurtlarında konaklamalarına imkân sağlanmıştı ve depremzedeler Temmuz 2023 tarihinden itibaren yurtlardan ayrıldı ve geri dönüş gerçekleşti. Katılımcılar İstanbul'da en az 6 ay kaldıktan sonra çalışmaya başlama kararı aldık.

Etik kurul izni ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüklerinden gerekli izinlerin alınması ile araştırma 01.08.2023-01.08.2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Marmara üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınan veriler depremden sonraki 6-8 ay arasında toplanmıştır. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nden toplanan veriler depremden 16-18 ay arasında toplanmıştır. Telefon ile aranan katılımcıların anket konuşma süreleri 9 dakika ile 17 dakika arasında sürmüştür

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi 3732 adet doğal afet/ doğal olay bildirimi ve X34 ICD tanı kodu girilen hasta mevcuttur. Aynı hastalara ait birden fazla poliklinik kaydı olduğu fark edildi ve T.C. kimlik numaralarına göre aynı hastalara ait tekrar eden kayıtlar elendi ve hastane kaydı sonrası hastane sisteminde ölüm bildirimi yapılan hastalar listeden çıkarılmıştır. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde 1644 hasta ile araştırmaya başlanmıştır. Hastaların hepsi çalışmaya dahil edilmiştir. Liste baştan sona örneklem seçilmeden, randomizasyon yapılmadan 3 kez aranmıştır Arama yapıldığında 3 kişi yabancı uyruklu ve 1 kişi ile telefon ile konuşurken iletişim problemi yaşandığı için toplam 4 kişi çalışmadan çıkarılmıştır. 2 kişi depremden sonra sürekli hastanede yatışı olduğu için çalışmadan çıkarılmıştır. 1 kişi yakını tarafından

cezaevinde olduğunu söylendiği için çalışmadan çıkarılmıştır. 20 hasta görüşmeye başlandıktan sonra telefon görüşmeleri sırasında öldüğü öğrenildi. 29 hasta X34 ICD tanı kodu olmasına rağmen depremzede olmayıp, deprem sonrası yardım amaçlı başvuran hastalar veya tatil amaçlı deprem bölgesinde olanlar göç etmedikleri için çalışmadan 76 kişi çıkarılmıştır. Geriye kalan 1568 kişiden kullanılmayan numaralar, eksik veya hatalı telefon numaralar, numara kullanılmasına rağmen listedeki katılımcı olmaması sebebi ile 307 kişiye ulaşılamamıştır. Liste baştan sona 3 kez aranırken aramayı açmayan 436 kişiye ulaşılamamıştır. Memleketine geri dönen (depremden önce yaşadıkları şehirlere geri dönen) 674 kişi vardır. Depremzede olup, deprem bölgesi ve İstanbul dışındaki şehirlere göç eden 43 kişi çalışmaya dahil edilmemiştir. Katılımcılarımız İstanbul'dan sonra en çok Ankara, Antalya, İzmir, Tekirdağ, Balıkesir gibi şehirlere göç etmişlerdir. Çalışma katılım kriterlerimize uyan 25 kişi gönüllülük esaslı araştırmamıza katılmak istememiştir. Çalışmaya katılım kriterlerimize uyan 1 kişi çalışmayı yarıda bırakmıştır. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi verilerinde birinci aramada ankete katılan 83 kişi, ikinci aramada ankete katılan 16, üçüncü aramada ankete katılan 9 kişi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nden toplam 107 kişi çalışmaya katılmış ve depremden sonraki 18. ayda verileri toplanmıştır.

Marmara Üniversitesi Pendik EAH' de 422 adet doğal afet/ doğal olay bildirimi ve X34 ICD tanı kodu girilen hasta mevcuttur. Aynı hastalara ait birden fazla poliklinik kaydı olduğu fark edildi ve T.C. kimlik numaralarına göre aynı hastalara ait tekrar eden kayıtlar elendi ve hastane kaydı sonrası hastane sisteminde ölüm bildirimi yapılan hastalar listeden çıkarılmıştır. Marmara Üniversitesi Pendik EAH' de 06.02.2023-30.03.2023 tarihleri arasında kayıt açılan 18 yaş üstü bireylerin listesi hastane ve İl Sağlık Müdürlüğü onayıyla temin edilmiş ve bu bireylere hastane kaydında belirttikleri telefon numaraları üzerinden ulaşılmıştır. 256 bireyin olduğu liste baştan sona 3 kez aranmış, kartopu metoduyla daha fazla kişiye ulaşmaya çalışılmıştır. Kullanılmayan numaralar, eksik veya hatalı telefon numaralar, numara kullanılmasına rağmen hastayı tanımadığını söyleyen 29 kişi çalışmadan çıkarılmıştır. Liste baştan sona 3 kez aranırken aramayı açmayan 74 kişi çalışmadan çıkarılmıştır. Listedeki kişilerden 4'ü ile dil ve engellilik sebepleri nedeniyle anlaşma problemi yaşanmış ve çalışmamıza katılmaya uygun bulunmamıştır. Telefona cevap veren 149 kişiden

89'unun memleketine geri döndüğü veya İstanbul'dan ayrıldığı öğrenilmiştir. Cevap veren kişilerden 9' gönüllülük esaslı araştırmamıza katılmak istememiş ve çalışma katılım kriterlerimize uyan kişilerden 3'ü telefon görüşmesini yarıda kesmiştir. Araştırmaya Marmara Üniversitesi Pendik EAH' de toplam 48 kişi çalışmamıza katılmış ve depremden sonraki 6. Ayda verileri toplanmıştır.
Çalışmaya dahil etme kriterlerini karşılayan toplam 155 hasta ile araştırma tamamlanmıştır.

3.2. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya dahil olma kriterleri: Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Marmara Üniversitesi Ek Bina Prof. Dr. Asaf Atasever Hastanesi'ne 06.02.2023-15.03.2023 tarihleri arasında 18 yaşını doldurmuş X34 Deprem Kurbanı tanı kodu olan veya Doğal Afet/ Doğal Olay bildirimi yapılmış ile kayıt açılan depremzedelerden İstanbul'a göçetmiş, hastane sistemlerine kayıtlı olan telefon numaraları tarafından arandığında ulaşılabilenler ve sözel onam vererek çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir.
Çalışmadan dışlama kriterleri:

- 18 yaşından küçük olması
- Sisteme kayıtlı telefon numaraları arandığında açmayanlar
- Anlatılanı anlamaya engel olacak nöropsikolojik sorunu olanlar
- İletişime engel olacak işitme kaybı veya engeli olması
- X34 ICD kod veya doğal afet/doğal olay bildirim kaydı olup depremzede olmayanlar
- Depremzede olup İstanbul dışındaki şehirlerde yaşayanlar ve memlektine geri dönenler
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda veri toplamak için araç olarak anketten yararlanılmıştır. Katılımcılar hastane kayıtlarında olan telefon numaraları araştırma ekibindeki hekim-araştırmacılar tarafından aranmıştır.

Veri toplama formu 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı 13 soru mevcuttur. Katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, mesleği, eğitim durumu, adresi, gelir düzeyi, gelir kaynakları, gelir değişikliği, göç ettikten sonra nerede (kendi evi, kira, yakınının yanında, yurtta) yaşadığı, aynı hanede yaşayan kişi sayısı, kimlerle birlikte yaşadığı (yalnız, çekirdek aile, geniş aile, arkadaşları, yurtta veya otelde) sorular açık uçlu olarak sorulmuştur.

İkinci Bölümde genel sağlıkla ilgili 3 soru sorulmuştur ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde tarama ölçeği olarak kullanılan 2 sorulu depresyon tarama soruları kullanılmıştır Katılımcıların kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, deprem öncesi veya sonrası psikiyatrik hastalık öyküsü sorulmuştur. 2 sorulu tarama soruları kullanılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılında yayımladığı "Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri" rehberinde erişkinlerde depresyon taramasına yönelik kullanılması önerilmiştir (48).

İki maddelik depresyon tarama testi Hastaların ruhsal durumunu değerlendirirken yol gösterici ve kolaylaştırıcı olan DSM-V kriterlerinin ilk iki maddesinden en az birinin olması durumunda depresyon tanısı için sensitivitesi %89,8 (95% CI 84,4-93,4) ve spesifitesi %66,2 (95% CI 56,2-74,9) gösterdiği bildirilmiştir (42,49). 1) Önceki iki haftada kendinizi bitkin, çökkün ya da umutsuz hissettiniz mi? Önceki iki haftada daha önce yaptığınız şeylere karşı ilginizde ve aldığınız zevkte azalma oldu mu?

Üçüncü bölümde deprem öncesi hastalık takipleri için hizmet aldıkları yer, deprem öncesi aile hekimi bilinirliği, ne sıklıkla aile hekimine başvurdukları, İstanbul'da kayıtlı oldukları aile hekimi bilinmesi, deprem sonrası aile hekimine başvuru nedenleri ve sıklığı, İstanbul'da son bir ayda akut sağlık sorunu varlığı ve hizmet almak için başvurdukları yer açık uçlu olarak sorulmuştur. Katılımcılara birinci basamakta muayene, yaşlı sağlığı takibi, kanser tarama, tetkik, sağlık raporu, aşılama, tansiyon takibi, kan şekeri takibi, kolesterol takibi, kilo takibi, gebe takibi, lohusa takibi, bebek takipleri, evde sağlık vs. hizmetlerini biliyorlar mı ve bu hizmetleri daha önceden kullanmışlar mı bağımlı değişken soruları kapalı uçlu olarak yöneltilmiştir (EK-2). Katılımcılardan aile hekimine deprem sonrasında ihtiyaçlarını sıfır ile on puan arasında puanlamaları istenmiştir. 0 hiç ihtiyaç duymuyorum, 10 hemen her zaman ihtiyaç duyuyorum olacak şekilde 10'lu likert şeklinde puanlama yapıldı.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Aile hekimine duyulan ihtiyaç
- Deprem öncesi aile hekimini bilmesi
- Deprem sonrası aile hekimi bilmesi
- Deprem öncesi aile hekimini ziyaret sayısı
- Deprem sonrası aile hekimini ziyaret sayısı

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Cinsiyet
- Medeni durum
- Çocuk Sahibi Olma
- Çalışma Durumu
- Eğitim Durumu
- Gelir Durum
- Kronik Hastalık varlığı
- İlaç Kullanımı
- Psikiyatrik Hastalık Öyküsü
- Umutsuzluk
- Anhedoni
- Depresyon Tarama Soruları
- Yaş

3.4. Araştırmada Etik Kurul Başvurusu

Bu araştırmanın etik kurul onayı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.2023.613 protokol kodu ile 07.04.2023 tarihinde alınmıştır.

Hastalar arandığında isim-soy isim teyidi yapıldıktan sonra arayan kişi kendisini tanıtmış, nerede çalıştığını, mesleğini, çalıştığı birimi, araştırmanın amacı anlatılmıştır. Hastaların bilgilerinin nasıl alındığı, etik kurul izni ve İl Sağlık Müdürlüğü izninden bahsedilmiştir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceği ya da çalışmadan istediği anda katılmak istemediğini belirtebileceği açıklanmıştır. Çalışma katılımcılarına aldıkları ve alacakları sağlık hizmetinde bir aksama olmayacağı ve bu

çalışmaya katıldıkları için ödeme yapılmayacağı bilgisi telefon görüşmesi sırasında verilmiştir. Araştırma süresince ve sonrasında kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı ve araştırma içinde veri analizlerinde kullanılmayacağı bilgisi verilmiştir. Anlaşılmayan sorular birden fazla kez sorulabileceği ve anketi yapan hekim tarafından anlatılacağı telefon görüşmesi sırasında söylenmiştir.

3.4. Analiz Yöntemleri

Araştırma verisi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23, IBM Corp., Armonk, NY, USA istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde verilerek tablo halinde, sürekli değişkenler ise ortalama±standart sapma sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan sürekli değişkenlerin iki grup arasındaki karşılaştırmalarda bağımsız gruplar T testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Bu çalışmada istatistik anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

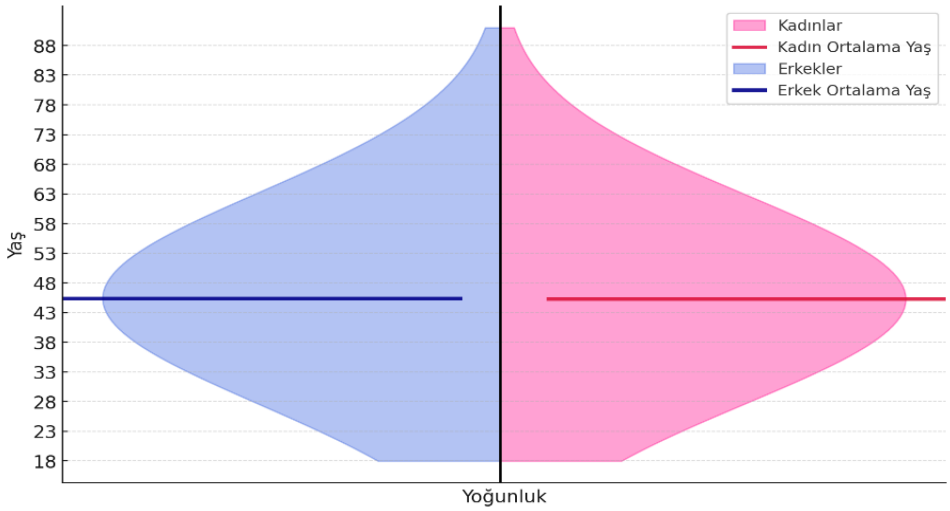
4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları Sosyodemografik Bulgular, Sağlıkla İlişkili Bulgular, Deprem Öncesi ve Deprem Sonrası Aile Hekimliği Hizmetleri Kullanma Durumu olmak üzere 3 bölümde incelenecektir.

4.1 Tanımlayıcı Bilgiler

Katılımcıların yaş ortalaması 45,35 ± 17,64 (min:18, maks:91) olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %49,7si (n:77) 18-44 yaş aralığında, %30,3'ü (n:) 46-64 yaş aralığında, %20'si (n:31) 65 yaş ve üstündedir. 5 kişi 75 yaş ve üzerindedir **(Şekil 1**).

Şekil 1. Katılımcıların cinsiyete göre yaş dağılımı



Katılımcıların %51,6'sı (n=80) kadın, %48,4'ü(n=75) erkektir. %61,9'u (n=96) evli, %36,2'sinin (n=56) 3 veya daha fazla çocuğu, %34,8'inin (n=54) 1 veya 2 çocuğu vardır. Katılımcıların %2,6'sı (n=4) okuryazar değil, %3,9'u (n=6) okuryazar, %29'u (n=45) ilkokul mezunu, %29'u (n=45) üniversite ve üzeri mezunudur. Katılımcıların %31,6'sı (n=49) çalışmıyorken; %17,5'i (n=27) emekli, %15,5'i (n=24) kurumsal bir yerde (mühendis, mimar, teknisyen, muhasebeci vs.) çalışıyor veya memur (doktor, hemşire, ebe, polis, öğretmen, akademisyen), %14,8'i (n=23) serbest meslek/ticaret, %16,1'i (n=25) işçi (operatör, esnaf, şoför, inşaat işçisi vs.), %4,5'i (n=7) öğrencidir. Deprem nedeniyle göç sonrası %43,2'sinin (n=67) geliri azalmış, %41,9'u (n=65) hane toplam gelirini ≤1 asgari ücret olarak belirtmiştir. Katılımcıların %5,2'si (n=8) yalnız,

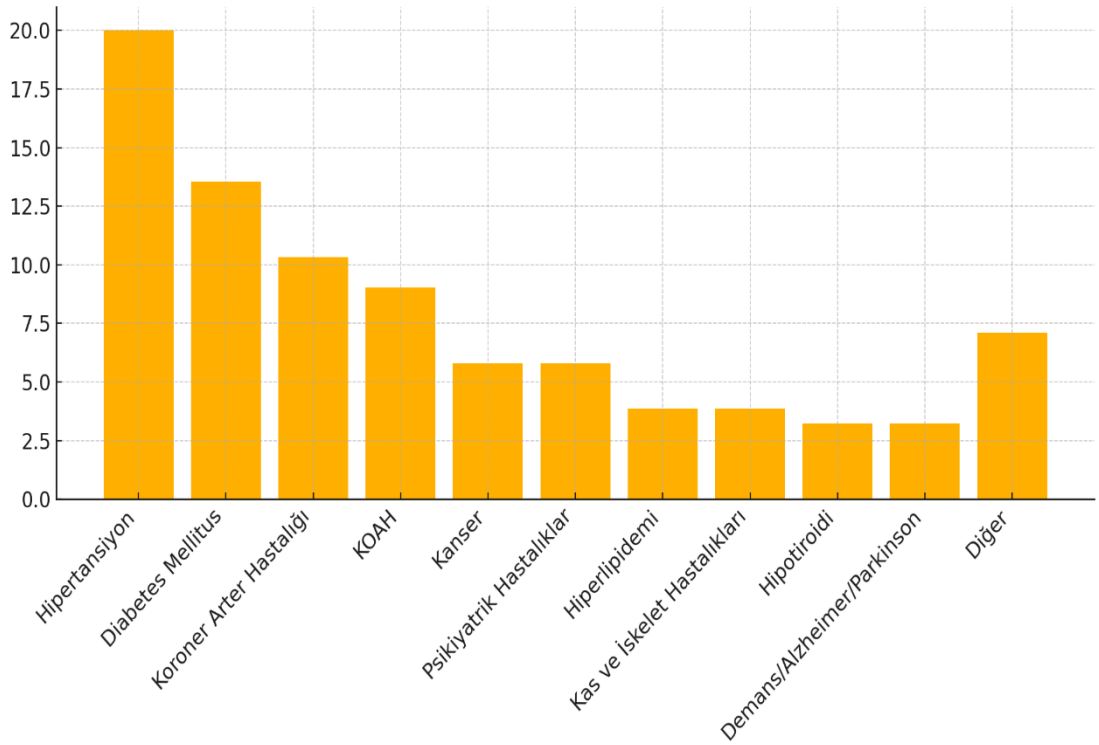
%8,4'ü (n=13) arkadaşlarla/yurtta yaşamaktadır. Katılımcıların evdeki kişi sayısı %14,8'inde (n=23) 1-2 kişi, %48,4'ünde (n=75) 3-4 kişi, olarak belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellik		n	%
Cinsiyet	Kadın	80	51,6
	Erkek	75	48,4
Medeni Durum	Evli	96	61,9
	Bekar/Dul/Boşanmış	59	38,1
Çocuk Sayısı	Çocuğu Yok	45	29
	1 veya 2 Çocuk	54	34,8
	3 veya Daha Fazla Çocuk	56	36,2
Öğrenim Durumu	Okuryazar Değil	4	2,6
	Okuryazar	6	3,9
	İlkokul Mezunu	45	29
	Ortaokul Mezunu	14	9
	Lise Mezunu	41	26,5
	Üniversite ve Üzeri	45	29
Meslek	Çalışmıyor	49	31,6
	Emekli	27	17,5
	Kurumsal/Memur	24	15,5
	Serbest Meslek/Ticaret	23	14,8
	İşçi	25	16,1
	Öğrenci	7	4,5
Deprem nedeniyle göç sonrası gelir değişikliği	Azaldı	67	43,2
	Değişmedi	65	41,9
	Arttı	23	14,9
Hane Toplam Geliri	≤1 Asgari Ücret	65	41,9
	1-2 Asgari Ücret	47	30,3
	2-3 Asgari Ücret	25	16,1
	3-4 Asgari Ücret	10	6,5
	4 ve Üzeri Asgari Ücret	8	5,2
Yaşanılan Yer	Kendi Evi	13	8,4
	Kira	82	52,9
	Yakınının Yanında	51	32,9
	Yurt/Konukevi	8	5,8
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	8	5,2
	Çekirdek Aile	87	56,1
	Geniş Aile	47	30,3
	Arkadaşlarla/Yurtta	13	8,4
Evdeki Kişi Sayısı	Yalnız	8	5,2
	1-2 Kişi	23	14,8
	3-4 Kişi	75	48,4
	5-6 Kişi	36	23,2
	≥6 Kişi	13	8,4
Toplam		155	100,0

Katılımcıların %31'inin (n=48) 1 kronik hastalığı, %14,8'inin (n=23) 2 kronik hastalığı, %13,6'sının (n=21) 3 ve üzeri kronik hastalığı olup %20'sinde (n=31) hipertansiyon, %13,5'inde (n=21) diyabetes mellitus, %32,3'ünde (n=50) ise diğer kronik hastalıklar (kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, depresyon, panik atak, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, demans, kanser, bening prostat hiperplazisi, osteoartrit, osteoporoz, romatoid artrit, ailevi Akdeniz ateşi, uyku apne sendromu, kronik gastrit, talasemi, migren, obezite, makroadenom) vardır (Şekil 2). Katılımcıların %22,6'sı (n=35) 1 veya 2 ilaç, %31,6'sı (n=49) 3 veya daha fazla ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %26,5'inde (n=41) psikiyatrik hastalık geçmişi, %45,2'si (n=70) kısa depresyon tarama birinci sorusuna (umutsuzluk), %30,3'ü (n=47) kısa depresyon tarama ikinci sorusuna (anhedoni) pozitif cevap vermiştir. Kısa depresyon taramasında katılımcıların %21,3'ü (n=33) bir soruya pozitif, %27,1'i (n=42) iki soruya da pozitif cevap vermiştir. (Tablo 2). Katılımcılara birlikte yaşadıkları bireyler arasında evde sağlık ihtiyacı olan biri var mı diye sorulduğunda bütün katılımcılar hayır cevabını vermiştir.

Şekil 2. Katılımcıların kronik hastalık dağılımı



Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Özellikleri

Sağlık Özelliği		n	%
Kronik Hastalık Sayısı	Kronik Hastalığı Yok	63	40,6
	1 Kronik Hastalık	48	31
	2 Kronik Hastalık	23	14,8
	3 ve Üzeri	21	13,6
Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Dağılımı	Hipertansiyon	31	20
	Diyabetes Mellitus	21	13,5
	Koroner Arter Hastalığı	16	10,3
	KOAH	14	9
	Hiperlipidemi	6	3,9
	Hipotiroidi	5	3,2
	Diğer	50	32,3
İlaç Kullanımı	İlaç Kullanmıyor	71	45,8
	1 veya 2 İlaç	35	22,6
	3 veya Daha Fazla İlaç	49	31,6
Psikiyatrik Hastalık Geçmişi	Yok	114	73,5
	Var	41	26,5
Kısa depresyon taraması 1. SORU: Umutsuzluk	Evet	70	45,2
	Hayır	85	54,8
Kısa depresyon taraması 2.SORU: Anhedoni	Evet	47	30,3
	Hayır	108	69,7
Depresyon Tarama	İkisi de Negatif	80	51,6
	Birisi Pozitif	33	21,3
	İkisi de Pozitif	42	27,1
Toplam		155	100

Çalışmamızda Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MÜPEAH) **ve** Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde (Kartal LKŞH) yapılan depresyon tarama sonuçları karşılaştırılmıştır. MÜPEAH'ta depresyon tarama testi depremden 6 ay sonra, Kartal LKŞH'de ise 18 ay sonra farklı katılımcılar ile yapılmıştır. 6. ayda depresyon taraması pozitif çıkan bireylerin oranı %72,9 (n=35) iken, 18. ayda bu oran %37,4 (n=40) olarak bulunmuştur. Negatif tarama sonuçları açısından 6. ayda %27,1 (n=13), 18. ayda ise %62,6 (n=67) oranları elde edilmiştir. Farklı 2 hastanede , farklı hastalarda 6. Ay ve 18. aylar arasındaki depresyon tarama testi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,001$). 6.

ayda depresyon tarama testi pozitif çıkan bireylerin oranının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Deprem ve Göç Sonrası 6. Ay, 18. Ay Depresyon Tarama Sonuçları

Süre	Pozitif n (%)	Negatif n (%)	Toplam (n)	p
6. ay	35 (72,9)	13 (27,1)	48	<0,001
18. ay	40 (37,4)	67 (62,6)	107	

4.2. Katılımcıların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma İle İlgili Bulguları

Katılımcılar tarafından en çok bilinen hizmetler; muayene/reçete yazmak, tetkik, sağlık raporu, aşılama ve tansiyon taraması/takibi hizmetleridir. En az bilinen hizmetler; kanser tarama, sevk, yaşlı sağlığı takibi, sigara bıraktırma ve sağlık danışmanlığı hizmetleridir. En çok kullanılan hizmetler; muayene/reçete, tetkik, sağlık raporu/ehliyet raporu, aşılama, kan şekeri taraması ve tansiyon taraması/takibi hizmetleridir. En az kullanılan hizmetler; sigara bıraktırma, sağlık danışmanlığı, yaşlı sağlığı takibi, evde sağlık hizmeti, sevk hizmetidir. Sağlık raporu; tek hekim sağlık raporu, işe giriş raporu, ehliyet raporu, askerlik yoklaması sağlık muayene raporu, evlilik raporu vs. içermektedir. Katılımcıların %96,8'i (n=150) muayene/reçete yazma hizmetini bilmekte, %84,4'ü (n=130) kullanmakta, %74'ü (n=114) tetkik hizmetini bilmekte, %58,2'si (n=89) ise kullanmakta, %71,9'u (n=110) sağlık raporu hizmetini bilmekte, %51,6'sı (n=80) kullanmakta, %69,9'u (n=107) aşılama hizmetini bilmekte, %47,1'si (n=73) kullanmakta, %68,4'ü (n=106) tansiyon taraması/takibi hizmetini bilmekte, %41,6'sı (n=64) kullanmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Bilme ve Kullanma Durumu

ASM' de Sunulan Hizmetler	Hizmeti Bilme Durumu		Hizmeti Kullanım Durumu	
Hizmet Adı	n	%	n	%
Muayene/Reçete (n=155)	150	96,8	130	84,4
Tetkik Hizmeti (n=154)	114	74	89	58,2
Sağlık Raporu/Ehliyet Raporu (n=153)	110	71,9	80	51,6
Aşılama Hizmeti (n=153)	107	69,9	73	47,1
Tansiyon Taraması/Takibi (n=155)	106	68,4	64	41,6
Bebek/Çocuk Takibi (n=153)	102	66,7	49	31,6
Kan Şekeri Taraması (n=154)	97	63	64	41,6
Kolesterol Taraması (n=154)	92	59,7	58	37,7
Gebe/Lohusa Takibi (n=153)	82	53,6	38	24,5
Yenidoğan Takibi (n=153)	81	52,9	41	26,6
Kilo Takibi (n=154)	76	49,4	45	29,2
Evde Sağlık Hizmeti (n=153)	65	42,5	11	7,1
Aile Planlaması (n=153)	59	38,6	20	13
Kanser Taraması (n=153)	47	30,7	16	10,3
Sevk Hizmeti (n=153)	34	22,2	13	8,4
Yaşlı Sağlığı Takibi (n=153)	30	19,6	8	5,2
Sigara Bıraktırma (n=153)	30	19,6	4	2,6
Sağlık Danışmanlığı (n=153)	22	14,4	5	3,2

Katılımcıların yalnızca %30,7'si (n=47) kanser taramasını hizmetini bilmekte, %10,3'ü (n=16) kullanmakta, %22,2'si (n=34) sevk hizmetini bilmekte, %8,4'ü (n=13) kullanmakta, %19,6'sı (n=30) yaşlı sağlığı takibi hizmetini bilmekte, %5,2'si (n=8) kullanmakta, %19,6'sı (n=30) sigara bıraktırma hizmetini bilmekte, %2,6'sı (n=4) kullanmakta, %14,4'ü (n=22) sağlık danışmanlığı hizmetini bilmekte, %3,2'si (n=5) kullandığını ifade etmiştir. Kanser taraması hizmetini bilen 47 kişinin yaş ortalaması 41,97±14,11'dir, %70,2'si (n=33) kadın, %72,3'ü (n=34) evli, %68,1'inin (n=32) eğitim durumu 8 yıldan fazladır. Sevk hizmetini bilen 34 kişinin yaş ortalaması 55,46±13,41, 18'i kadın, 24'ü evli, 18'inin eğitim durumu 8 yıldan fazla, 17'sinin kronik hastalığı vardır. Yaşlı sağlığını hizmetini bilen 30 kişinin yaş ortalaması 43,70±16,06 olup, 15'i kadın, 20'si evli, 19'unun eğitim durumu 8 yıldan fazla, 17'sinin kronik hastalığı var. Sigara bıraktırma hizmetini bilen 30 kişinin 17'si erkek, 19'nun eğitim durumu 8 yıldan fazla, 16'sının kronik hastalığı var, yaş ortalaması

40,63±14,36'dır. En az bilinen sağlık danışmanlığı hizmetini bilen 22 kişinin yaş ortalaması 40,81±14,97 olup, 13'ü erkek, 14'ü evli, 14'ünün eğitim durumu 8 yıldan fazla, 12'sinin kronik hastalığı vardır (Tablo 5).

Tablo 5. Az kullanılan hizmetleri bilenlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Sosyodemografik Özellik		Kanser Taraması	Sevk Hizmeti	Yaşlı Sağlığı	Sigara Bıraktırma	Sağlık Danışmanlığı
		(n=47), %	(n=34),%	(n=30), %	(n=30), %	(n=22), %
Cinsiyet	Kadın	33 (70,2)	18 (52,9)	15 (50,0)	13 (43,3)	9 (40,9)
	Erkek	14 (29,8)	16 (47,1)	15 (50,0)	17 (56,7)	13 (59,1)
Medeni Durumu	Evli	34 (72,3)	24 (70,6)	20 (66,7)	19 (63,3)	14 (63,6)
	Bekar	13 (27,7)	10 (29,4)	10 (33,3)	11 (36,7)	8 (36,4)
Eğitim Durumu	≤8 Yıl	15 (31,9)	16 (47,1)	11 (36,7)	11 (36,7)	8 (36,4)
	<8 Yıl	32 (68,1)	18 (52,9)	19 (63,3)	19 (63,3)	14 (63,6)
Kronik Hastalık	Yok	21 (44,7)	17 (50,0)	13 (43,3)	14 (46,7)	10 (45,5)
	Var	26 (55,3)	17 (50,0)	17 (56,7)	16 (53,3)	12 (54,5)
Yaş, Ortalama±SS		41,97±14,11	55,46±13,41	43,70±16,06	40,63±14,36	40,81±14,97

SS:Standart sapma

Katılımcıların deprem öncesi %94,8'inin (n=147) aile hekimini biliyor, %18,1'i (n=28) ayda birden fazla, %21,9'u (n=34) yılda 2-3, %20'si (n=31) yılda 4-5 kez ASM'yi ziyaret etmektedir. Katılımcıların %17,4'ü (n=27) deprem öncesi sağlık hizmeti için ilk başvuru yerinin ASM olduğunu söylerken %18,1'i (n=28) hem ASM hem de devlet hastanesine başvurduğunu ifade etmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Deprem Öncesi (DÖ) Birinci Basamağı Kullanma Durumu

Deprem Öncesi (DÖ) Birinci Basamağı Kullanma Durumu		n	%
1-Aile Hekimi biliniyor mu?	Hayır	8	5,2
	Evet	147	94,8
2-ASM Kullanımı	Hayır	100	64,5
	Evet	55	35,5
3- ASM Ziyaret Sıklığı	Hiç Gitmemiş	20	12,9
	Yılda Bir veya Daha Az	20	12,9
	Yılda 2-3	34	21,9
	Yılda 4-5 kez	31	20
	Yılda 6 veya Daha Fazla	22	14,2
	Ayda Birden Fazla	28	18,1
4- Sağlık hizmeti için ilk başvurulan yer	Takip Yok	11	7,1
	ASM	27	17,4
	Devlet Hastanesi	61	39,4
	ASM ve Devlet Hastanesi	28	18,1
	EAH veya Üniversite Hastanesi	20	12,9
	Özel Hastane	8	5,2
Toplam		155	100

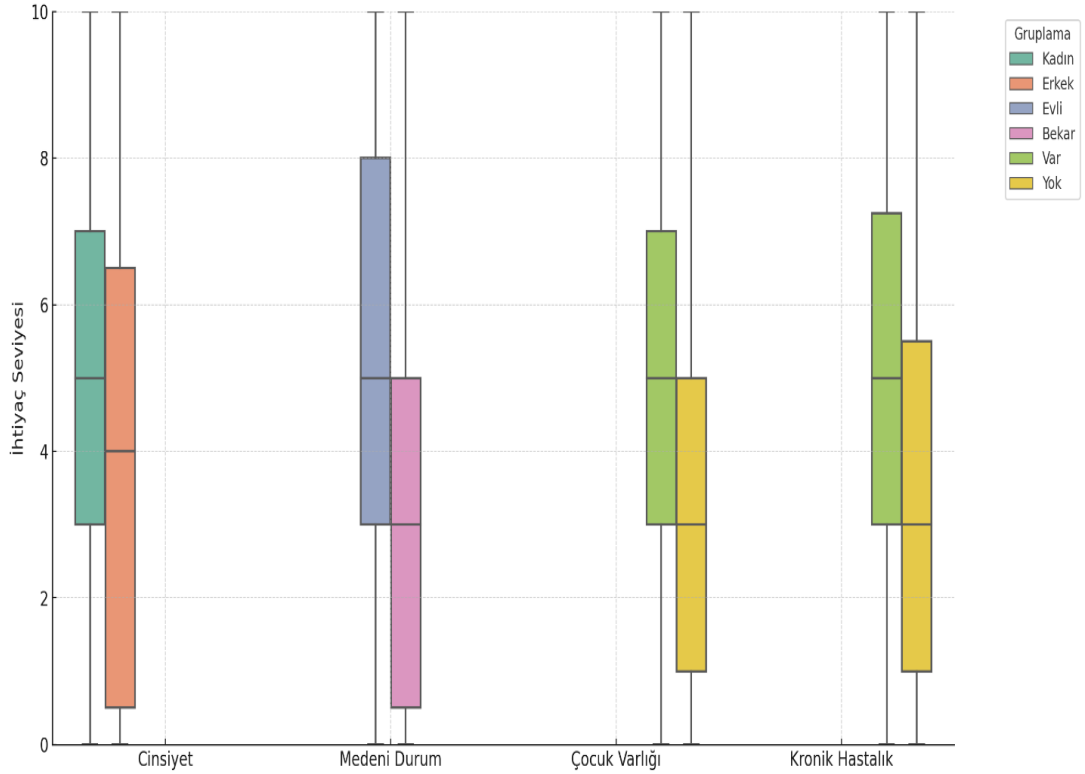
Katılımcıların %63,2'sinin (n=98) İstanbul'da deprem sonrası göç ettikleri yerde aile hekimi bulunurken %36,8'inin (n=57) yoktur. Katılımcıların %35,7'si (n=45) İstanbul'da aile hekimine kendisinin ulaştığını belirtirken %3,2'si (n=4) ise ulaşmak istediğini ancak ulaşamadığını söylemiştir. Katılımcıların sadece %24'ü (n=37) deprem sonrası aile hekimine ihtiyaç duymadığını belirtmiştir. Katılımcıların %56,1'i (n=87) son 1 ayda akut sağlık problemi yaşamış; %41,4'ü (n=36) akut sağlık probleminde ilk başvuru yeri olarak acil polikliniğine, %27,6'sı (n=24) ASM'ye, %21,8'i (n=19) devlet hastanesine başvurduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %64,5'i (n=100) depremden sonra ASM'ye başvurmuştur. Bunların ASM'ye başvuru sıklığı %6,7'sinin (n=9) ayda birden fazla iken %21,1'inin (n=28) 1-2 ayda bir, %22,6'sının (n=30) 3-4 ayda bir, %18,8'inin (n=25) 5-6 ayda birdir. Katılımcıların ASM'ye başvuru sebepleri arasında en sık olan %49,5 ile reçete yazılması ve %37,4 ile (n=37) muayenedir. Katılımcıların %37,4'ü (n=58) MÜPEAH aile hekimliği biriminden hizmet almak istediğini belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Deprem Sonrası (DS) Birinci Basamağı Kullanma Durumu

Deprem Sonrası (DS) Birinci Basamağı Kullanma Durumu		n	%
1- Aile Hekimi biliniyor mu? (n=155)	Var	98	63,2
	Yok	57	36,8
2- İstanbul'da Aile Hekimine Nasıl Ulaştığı (n=126)	İhtiyaç Duymadı	21	16,7
	Ulaşmak İstedi Ancak Ulaşamadı	4	3,2
	Aile Hekimi/TSM/İSM	11	8,7
	Kendisi	45	35,7
	Yakın/Komşu/Arkadaş Tavsiyesi	45	35,7
3-DS Aile Hekimine Ne Kadar İhtiyaç Duyduğu (n=154)	Hiçbir Zaman	37	24
	Nadiren	28	18,2
	Zaman Zaman	38	24,7
	Çoğunlukla	21	13,6
	Her Zaman	30	19,5
4-Son 1 Ayda Akut Sağlık Problemi Yaşama sıklığı (n=155)	Evet	87	56,1
	Hayır	68	43,9
5-Akut Sağlık Probleminde İlk Başvurulan Yer (n=87)	Acil Poliklinik	36	41,4
	ASM	24	27,6
	Devlet Hastanesi	19	21,8
	Kendi Kendine Tedavi	7	8,1
	Özel Hastane	1	1,1
6-DS Aile Sağlığı Merkezine hiç başvurdu mu? (n=155)	Evet	100	64,5
	Hayır	55	35,5
7-DS ASM'ye Başvuru Sıklığı (n=133)	Ayda Birden Fazla	9	6,7
	1-2 Ayda Bir	28	21,1
	3-4 Ayda Bir	30	22,6
	5-6 Ayda Bir	25	18,8
	Hiç Başvurmadım	41	30,8
8-ASM'ye Başvuru Sebebi (n=99)	Reçete Yazılması	49	49,5
	Muayene olmak	37	37,4
	Rapor	13	13,1
	Aşı	9	9,1
	Tetkik	7	7,1
	Gebe/Lohusa Takibi	4	4
	Aile Planlaması	1	1
9-MÜPEAH Aile Hekimliği Hizmeti İster Misiniz? (n=155)	Evet	58	37,4
	Hayır	97	62,6

Katılımcıların aile hekimine duyulan ihtiyacı 10'lu likert şeklinde soruldu ve 0(sıfır) hiç ihtiyaç duymuyorum, 10(on) hemen her zaman ihtiyaç duyuyorum olacak şekilde puanlamaları istenmiştir. Katılımcıların aile hekimine duyulan ihtiyaç duyma ortalaması 4,60 ± 3,23'tür. Aile hekimine duyulan ihtiyaç bakımından cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı grupları arasındaki ilişki anlamlıdır (sırasıyla p=0,031, p=0,001, p=0,002, p=0,007, p=0,008, p<0,001). Kadınlarda, evlilerde, çocuğu olanlarda, eğitim durumu 8 yıl veya daha az olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, ilaç kullananların da aile hekimine duyulan ihtiyacın daha fazla olduğu saptanmıştır (Şekil 2). Çalışma durumu, gelir durumu, psikiyatrik hastalık varlığı, kısa depresyon tarama birinci soru (umutsuzluk), kısa depresyon tarama ikinci soru (anhedoni), depresyon tarama sonucu grupları arasında aile hekimine duyulan ihtiyaç bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05), (Tablo 8).

Şekil 3. Aile hekimine duyulan ihtiyacın bazı sosyodemografik gruplarla ilişkisi



Tablo 8. Aile Hekimine Duyulan İhtiyacın Sosyodemografik Özelliklerle Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellik		Ortalama±SS	p[a]
Cinsiyet	Kadın	5,15±2,92	**0,031**
	Erkek	4,02±3,44	
Medeni Durum	Evli	5,27±3,07	**0,001**
	Bekar/Boşanmış/Dul	3,52±3,20	
Çocuk Sahibi Olma	Çocuğu Yok	3,37±3,00	**0,002**
	Çocuğu Var	5,11±3,19	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	5,16±3,15	0,106
	Çalışıyor	4,28±3,24	
Öğrenim Durumu	≤ 8 Yıl	5,37±3,19	**0,007**
	> 8 Yıl	3,97±3,13	
Gelir Durumu	≤ 1 Asgari Ücret	5,03±3,29	0,162
	> 1 Asgari Ücret	4,29±3,16	
Kronik Hastalık	Yok	3,77±3,15	**0,008**
	Var	5,17±3,17	
İlaç Kullanımı	Yok	3,54±3,21	**<0,001**
	Var	5,48±2,97	
Psikiyatrik Hastalık	Yok	4,30±3,32	0,06
	Var	5,41±2,84	
Umutsuzluk	Evet	4,43±2,95	0,56
	Hayır	4,74±3,44	
Anhedoni	Evet	4,40±2,98	0,613
	Hayır	4,69±3,34	
Depresyon Tarama	Negatif	4,80±3,43	0,435
	Pozitif	4,39±3,00	

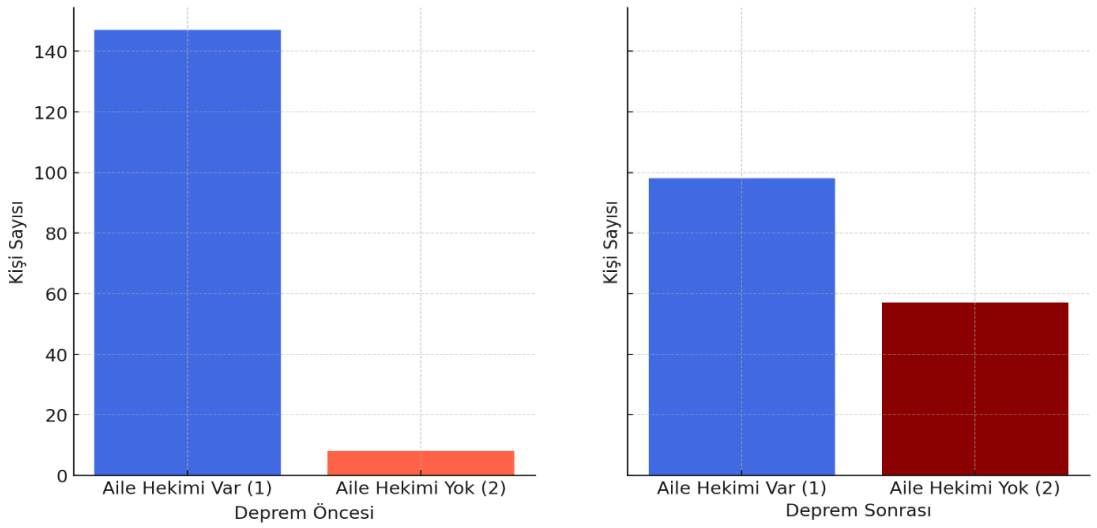
[a]Bağımsız Gruplar T Testi, SS: Standart Sapma

4.3 Deprem Öncesi ve Deprem Sonrası Aile Hekimliği Hizmetleri Kullanma Durumu

Depremi yaşamış ve bu yüzden göç eden katılımcıların depremden önce ve depremden sonra aile hekimi biliyor mu sorusuna verilen cevapları şekil 4'te gösterilmiştir. Bu sorulara verilen yanıtlar ile sosyodemografik gruplar arasındaki ilişki, Ki-Kare Testi ile istatistiksel olarak değerlendirildi. Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, çalışma durumu, psikiyatrik hastalık varlığı, kısa depresyon tarama birinci sorusu

(umutsuzluk), kısa depresyon tarama ikinci sorusu (anhedoni), depresyon tarama sonucu grupları arasında deprem öncesi aile hekimini bilmesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, çalışma durumu, psikiyatrik hastalık varlığı, kısa depresyon tarama birinci sorusu (umutsuzluk), kısa depresyon tarama ikinci sorusu (anhedoni), depresyon tarama sonucu grupları arasında deprem sonrası aile hekimini bilmesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Medeni durum grupları arasında deprem sonrasında aile hekimi durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,007). Deprem sonrası aile hekimi olanların %70,4'ü (n=69) evlidir. Deprem sonrası aile hekimi olan evli 69 kişinin yaş ortalaması 50,16 ±16,57 olup, 36'sı (%52,2) kadın, 65'inin (%94,2) çocuğu vardı, 41'i (%59,4) çalışıyor, 39'u (%56,4) eğitim yılı 8 veya daha azdı, 47'si (%68,1) en az bir kronik hastalığa sahip ve 43'ü (%62,3) en az bir ilaç kullanıyor. Bu 69 kişinin 31'i (%44,9) kısa depresyon tarama birinci sorusuna (umutsuzluk), 16'sı (%23,2) ikinci sorusuna (anhedoni) pozitif cevap vermiştir. Kısa depresyon tarama sorularına pozitif cevap veren 33 kişi (%47,8), iki soruya negatif cevap veren 36 kişi (%52,2) vardır. Deprem öncesi ve sonrası aile hekimi durumları arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Tablo 9'da depremden önce ve sonrası aile hekimi durumunun diğer demografik özelliklerle karşılaştırılması sunulmuştur.

Şekil 4. Deprem öncesi ve deprem sonrası aile hekimi durumu



Tablo 9. Depremden Önce ve Sonrası Aile Hekimi Bilinme Durumunun Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellik		Depremden Önce Aile Hekimini Bilme Durumu			Depremden Sonra Aile Hekimini Bilme Durumu		
		Aile Hekimini biliyor (n=147)	Aile Hekimini bilmiyor (n=8)	p	Aile Hekimi biliyor (n=98)	Aile Hekim bilmiyor (n=57)	p
Cinsiyet, n (%)	Kadın	76 (51,7)	4 (50,0)	0,925[a]	56 (57,1)	24 (42,1)	0,071[a]
	Erkek	71 (48,3)	4 (50,0)		42 (42,9)	33 (57,9)	
Medeni Durumu, n (%)	Evli	91 (61,9)	5 (62,5)	0,973[a]	69 (70,4)	27 (47,4)	**0,007[a]**
	Bekar	56 (38,1)	3 (37,5)		29 (29,6)	30 (52,6)	
Çocuk Sahibi Olma, n (%)	Çocuğu Yok	43 (29,3)	2 (25,0)	0,794[a]	26 (26,5)	19 (33,3)	0,474[a]
	Çocuğu Var	104 (70,7)	6 (75,0)		72 (73,5)	38 (66,7)	
Eğitim Durumu, n (%)	≤ 8 Yıl	66 (44,9)	3 (37,5)	0,680[a]	45 (45,9)	24 (42,1)	0,645[a]
	> 8 Yıl	81 (55,1)	5 (62,5)		53 (54,1)	33 (57,9)	
Gelir Durumu, n (%)	≤ 1 Asgari Ücret	61 (41,5)	4 (50,0)	0,637[a]	43 (43,9)	22 (38,6)	0,636[a]
	> 1 Asgari Ücret	86 (58,5)	4 (50,0)		55 (56,1)	35 (61,4)	
Kronik Hastalık, n (%)	Yok	58 (39,5)	5 (62,5)	0,271[a]	36 (36,7)	27 (47,4)	0,258[a]
	Var	89 (60,5)	3 (37,5)		62 (63,3)	30 (52,6)	
Çalışma Durumu, n (%)	Çalışmıyor	53 (36,1)	3 (37,5)	0,934[a]	40 (40,8)	16 (28,1)	0,156[a]
	Çalışıyor	94 (63,9)	5 (62,5)		58 (59,2)	41 (71,9)	
Psikiyatrik Hastalık, n (%)	Yok	108 (73,5)	6 (75,0)	0,924[a]	70 (71,4)	44 (77,2)	0,551[a]
	Var	39 (26,5)	2 (25,0)		28 (28,6)	13 (22,8)	
Umutsuzluk, n (%)	Evet	66 (44,9)	4 (50,0)	0,778[a]	43 (43,9)	27 (47,4)	0,674[a]
	Hayır	81 (55,1)	4 (50,0)		55 (56,1)	30 (52,6)	
Anhedoni, n (%)	Evet	44 (29,9)	3 (37,5)	0,699[a]	26 (26,5)	21 (36,8)	0,244[a]
	Hayır	103 (70,1)	5 (62,5)		72 (73,5)	36 (63,2)	
Depresyon Tarama, n (%)	İkisi Negatif				52 (53,0)	28 (49,1)	0,368[a]
	Biri Pozitif				23 (23,5)	10 (17,5)	
	İkisi Pozitif				23 (23,5)	19 (33,4)	
Depresyon Tarama, n (%)	Negatif				52 (53,1)	28 (49,1)	0,636[a]
	Pozitif				46 (46,9)	29 (50,9)	
Yaş,Ortalama±SS		45,7±17,5	39,1±19,8	0,668[b]	45,0±17,8	45,9±17,5	0,765[b]

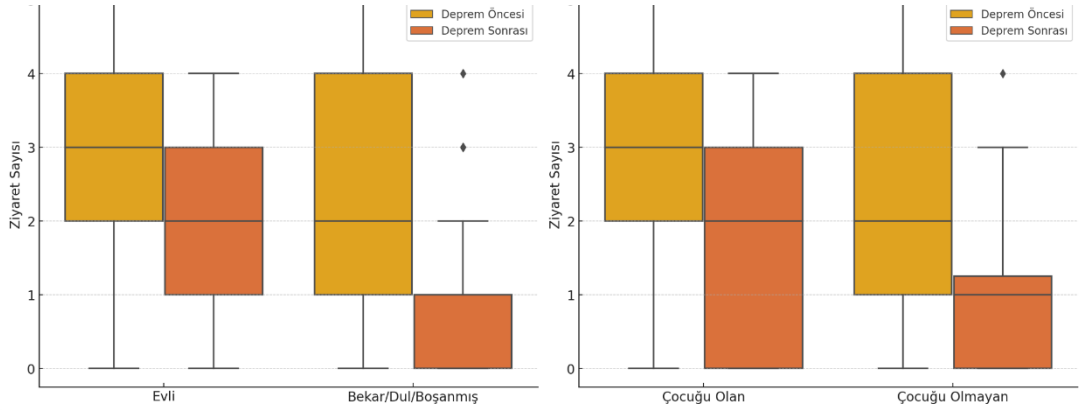
[a] Ki-Kare Testi, [b] Bağımsız Gruplar T Testi, SS:Standart Sapma

Katılımcılara depremden önce ve depremden sonra aile hekimi ziyaret sayısı sorulmuştur. Depremden önce ASM'ye son 6 aydaki ziyaret sıklığı sorulmuştur. Depremden sonra ASM'ye son 6 aydaki aile hekimliği ziyaret sayısı sorulmuştur.

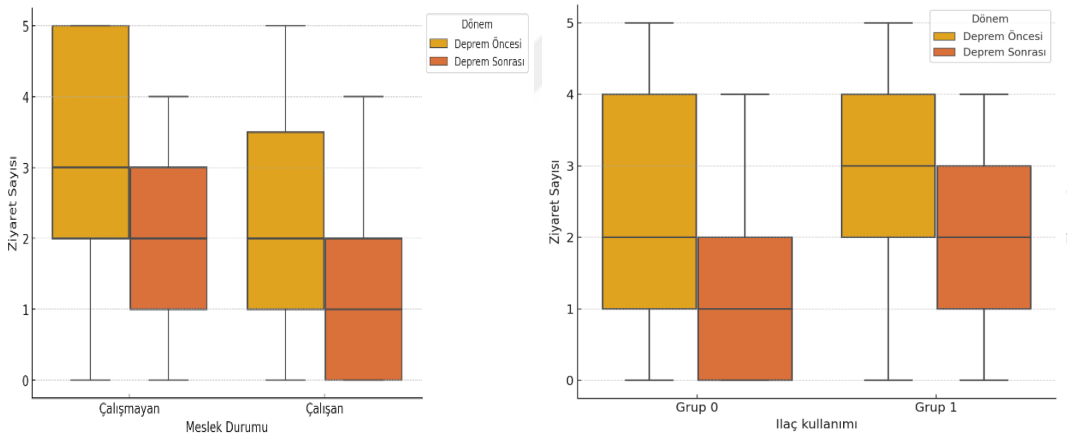
Deprem öncesi ve sonrası dönemde bireylerin Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ziyaret sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Deprem öncesi son 6 ayda ortalama ASM ziyaret sayısı 2,64 ± 1,63 iken, deprem sonrasında bu değer 1,50 ± 1,28 olarak belirlenmiştir. Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı, psikiyatrik hastalık varlığı grupları arasında deprem öncesi aile hekimi ziyaret sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,027$, $p=0,013$, $p=0,002$, $p=0,01$, $p=0,031$, $p=0,002$, $p=0,001$, $p=0,046$). Kadınlarda, evlilerde, çocuğu olanlarda, çalışmayanlarda, 8 yıl veya daha az süre eğitim alanlarda, geliri ≤1 asgari ücret olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, ilaç kullananlarda, psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda deprem öncesi aile hekimi ziyaret sayısı anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Kısa depresyon tarama birinci sorusu (umutsuzluk), kısa depresyon tarama ikinci sorusu (anhedoni), depresyon tarama sonucu grupları arasında deprem öncesi aile hekimi ziyaret sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, ilaç kullanımı, psikiyatrik hastalık varlığı grupları arasında deprem sonrası aile hekimi ziyaret sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (sırasıyla $p=0,002$, $p<0,001$, $p=0,002$, $p=0,011$, $p=0,049$). Kadınlarda, evlilerde, çocuğu olanlarda, ilaç kullananlarda, psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda deprem sonrası aile hekimi ziyaret sayısı daha yüksek bulunmuştur. Çalışma durumu, öğrenim durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, depresyon tarama sonucu grupları arasında deprem sonrası aile hekimi ziyaret sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), (Tablo 10).

Şekil 5. Deprem Öncesi ve Sonrası ASM Ziyaret Sayısının Medeni Durum ve Çocuk Varlığı ile Student's T-Test Analizi

Analizi



Şekil 6. Deprem Öncesi ve Sonrası ASM Ziyaret Sayısının Meslek Durumu ve İlaç Kullanımı ile Student's T-Test Analizi



(Grup 0: İlaç kullanmayanlar, Grup 1: ilaç kullananlar)

Tablo 10. Deprem Öncesi ve Sonrası Aile Hekimi Ziyaret Sayısının Sosyodemografik Özelliklerle Karşılaştırılması

		Deprem öncesi ziyaret sayısı Ortalama±SS	p[a]	Deprem sonrası ziyaret sayısı Ortalama±SS	p[a]
Cinsiyet	Kadın	3,18±1,44	**<0,001**	1,88±1,34	**0,002**
	Erkek	2,05±1,61		1,18±1,17	
Medeni Durum	Evli	2,86±1,55	**0,027**	1,86±1,29	**<0,001**
	Bekar	2,27±1,70		1,0±1,14	
Çocuk Sahibi Olma	Çocuğu Yok	2,13±1,7	**0,013**	1,05±1,1	**0,002**
	Çocuğu Var	2,84±1,55		1,75±1,33	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	3,16±1,55	**0,002**	1,83±1,4	0,052
	Çalışıyor	2,34±1,59		1,37±1,22	
Öğrenim Durumu	≤ 8 Yıl	3,01±1,64	**0,01**	1,7±1,3	0,185
	> 8 Yıl	2,33±1,55		1,4±1,29	
Gelir Durumu	≤ 1 Asgari Ücret	2,96±1,64	**0,031**	1,78±1,31	0,08
	> 1 Asgari Ücret	2,4±1,57		1,38±1,28	
Kronik Hastalık	Yok	2,15±1,68	**0,002**	1,31±1,3	0,098
	Var	2,96±1,5		1,69±1,29	
İlaç Kullanımı	Yok	2,16±1,7	**0,001**	1,22±1,27	**0,011**
	Var	3,03±1,45		1,8±1,28	
Psikiyatrik Hastalık	Yok	2,48±1,66	**0,046**	1,4±1,27	**0,049**
	Var	3,07±1,43		1,91±1,33	
Umutsuzluk	Evet			1,67±1,26	0,303
	Hayır			1,44±1,33	
Anhedoni	Evet			1,74±1,44	0,289
	Hayır			1,46±1,25	
Depresyon Tarama	Negatif			1,41±1,31	0,205
	Pozitif			1,7±1,29	

[a]Bağımsız Gruplar T Testi, SS: Standart Sapma

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinden (MÜPEAH) aile hekimi hizmeti almak isteyen 58 kişi vardı. Bu 58 kişinin yaş ortalaması 45,6 ±17,21 olarak saptanmıştır. Demografik özelliklere baktığımızda; 32 kişi (%55,2) kadın, 26 kişi (%44,8) erkektir. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinden aile hekimi hizmeti almak isteyenlerin 34'ü (%70,7) evlidir, 38 kişi (%65,5) çalışıyor, 32 kişi (%55,2) 8 yıl veya daha fazla eğitim almıştır.35'inin (%60,3)

aylık hane geliri bir asgari ücretten daha fazladır.34'ünün (%58,6) kronik hastalığı vardır. MÜPEAH' tan aile hekimi hizmet almak isteyen 49 kişinin (%84,5) psikiyatrik hastalık hikayesi bulunmamaktadır ve kısa depresyon tarama birinci sorusuna 26 kişi (%44,8), kısa depresyon tarama ikinci sorusuna 19 kişi (%32,8) pozitif yanıt vermiş, her iki kısa depresyon tarama sorusuna pozitif yanıt veren 17 kişi (%29,3), her iki soruya negatif yanıt veren 30 kişi (%51,7) vardır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, 6 Şubat Kahramanmaraş depremi sonrası İstanbul'a göç eden bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu durumu değerlendirebilmek için katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetlerini depremden önce nasıl kullandıkları sorularak depremden sonraki göç ile beraber yeni yerleşim yerlerinde bu davranışın nasıl etkilendiği ortaya koyulmaya çalışılmıştır. ASM ziyaret sayısı (sıklık olarak) ve aile hekimine kayıtlı olma değişkenleri birinci basamağı kullanma davranışını gösteren parametre olarak seçilmiştir. Bu değişkenler açısından bakıldığında bulgularımız katılımcıların deprem öncesine kıyasla ASM ziyaret sayılarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olduğunu ortaya koymaktadır. Deprem öncesi ziyaret ortalaması altı ayda 3 kez (2,64) ziyarete denk gelirken deprem sonrası ziyaret sayısı altı ayda 2 kez (1,50) olarak saptanmıştır. Ekonomik ve sosyal açıdan kırılgan bir yapıya sahip olan katılımcıların deprem öncesi alıştıkları birinci basamağı kullanma davranışlarının deprem sonrasında daha azalmış olması dikkat çekicidir.

Çalışmamızın bir diğer önemli bağımlı değişkeni ise katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetlerine ne kadar ihtiyaç duydukları idi. Deprem öncesindeki dönemde katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetlerine ne kadar ihtiyaç duymuş olduğu içinde bulundukları durumun yarattığı sosyal sıkıntılar ve olayın üzerinden 6-18 ay kadar zaman geçmiş olması nedeniyle hatırlamada zorluk yaratacağı düşüncesiyle sorgulanmadı. Görüşme sırasında katılımcılara "Birinci Basamak yani Aile Hekimliği hizmetlerine ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz? Bunu 0 hiç, 10 her zaman anlamına gelse kaç puan verirsiniz?" sorusu sorularak var olan güncel ihtiyaçlarını belirtmeleri istenmiştir. Katılımcılara göç sonrasında sormuş olduğumuz bu sorunun karşılığında kadınların, evli, çocuk sahibi olanların, düşük eğitim seviyesindekilerin, kronik hastalığı olan ve ilaç kullananların aile hekimine daha fazla ihtiyaç duydukları görülmüştür. Bu sonuçlar, afet sonrasında göç etmiş olan kişiler arasında sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyan grupları göstermektedir. Çalışmamızda katılımcılarımızın depresyon tarama skorlarına bakıldığında yarıya yakınının (%48,4) pozitif olduğu görülmüştür. Türkiye'de depresyon ortalamasının %6,24 olduğu

hatırlandığında (49) bu riskli psikolojik durumun da birinci basamak sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı arttırdığı açıktır. Dolayısıyla sunulacak sağlık hizmetlerinin planlanmasında bu hassas gruplara öncelik verilmeli, sağlık hizmetlerine daha çabuk ulaşmaları sağlanmalıdır.

5.1 Depremlerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Olan İhtiyaç ve Kullanımına Etkisi

Çalışmamızda katılımcıların depremden önce ve göç sonrasında ne sıklıkla ASM'yi ziyaret ettikleri değerlendirildiğinde bulgularımız deprem öncesine kıyasla ASM ziyaret sayılarında belirgin bir düşüş olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre sağlık hizmeti kullanımında gerek depremden önce gerekse göç sonrasında farklılıklar vardır. Bu durum, göç süreci ve sonrasında yaşananların sağlık hizmetlerini kullanım durumunu nasıl etkilediğini anlamamıza yardımcı olacaktır. Çalışmada kadınların erkeklere kıyasla sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalandığı görülmüştür. Kadın katılımcıların ASM kullanım sayısı deprem öncesinde altı ayda 3,18 iken erkeklerde 2,05 olarak tespit edilmiştir. Deprem sonrasında da benzer bir eğilim sürmekle birlikte, her iki cinsiyette ASM ziyaret sayısında anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir. Çelik ve arkadaşları tarafından 2015 yılında İzmir'in Balçova ilçesinde oturan kişilerle hane ziyaretleri ile anket yapılan bir çalışmada, kadınların düzenli sağlık hizmeti alma oranlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ve sayısal bir veri belirtilmemiştir. Bu farklılığın çalışmada kadınların gebelik takibi, çocuk bakımı ve aile planlaması gibi hizmetleri daha sık kullanmalarından kaynaklandığı belirtilmiştir (50). Çalışmamızda yer alan kadınların çoğunluğu 40 yaş üstünde, evli, çocuk sahibi, eğitim süresi 8 yıldan fazladır ve çalışmamaktadır; yarısından fazlasının geliri asgari ücretten fazladır (%51,2). Çalışmamızda, kadınların erkeklere kıyasla daha düşük eğitim seviyesine sahip olduğu, daha düşük gelir seviyesinde olduğu ve daha az istihdam edildiği görülmüştür. Kadınların %63,7'sinin çalışmıyor olması ve %48,8'inin asgari ücret veya daha düşük gelir seviyesine sahip olması, ekonomik bağımsızlıklarının kısıtlı olduğunu düşündürmektedir. Bununla beraber kadınların erkeklere göre ASM'ye daha fazla başvurduğu görülmektedir. Bunun nedeni kadınların üreme sağlığı, gebelik takibi ve aile planlaması gibi hizmetler için sağlık merkezlerine gitme ihtiyaçlarının daha fazla olması, çocuk bakımı ve sağlığı konusunda kadınların geleneksel olarak daha

fazla sorumluluk üstlenmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması birinci basamağı daha çok kullanmalarına sebep olmaktadır.

Deprem öncesinde çalışmamıza katılan tüm bireylerin %5,2'sinin aile hekimi bulunmazken deprem sonrası bu oranlar değişmiş ve aile hekimi olmayanların oranında artış gözlemlenmiştir. Deprem sonrası kadınların %30'unun, erkeklerin ise %44'ünün aile hekimi olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular, deprem ve göç sonrası özellikle erkek katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetlerine kayıtlı olmada daha belirgin bir azalma olduğunu göstermektedir. Deprem sonrası yaşanan yer değişiklikleri ve kayıt sistemlerindeki aksaklıklar, bireylerin aile hekimine başvurma oranlarını olumsuz etkilemiş olabilir. Bu durum, afet sonrası sağlık hizmetlerine düzenli başvurunun sürdürülebilirliği açısından önemli bir sorun olabilir. Kalaycı & Şimşek Yurt (2024) tarafından yapılan çalışmada, Samsun'a göç eden depremzedelerin sağlık hizmetlerine sınırlı talepleri olduğu belirtilmiştir. Özellikle, yalnızca üç kişinin destek talebinde bulunması ve psikolojik destek ihtiyacının yüksek olması, bireylerin sağlık sistemine nasıl entegre olacaklarına dair bilgi eksikliği yaşayabileceklerini düşündürmektedir (51). Kadınların %30'unun deprem ve göç sonrası aile hekiminin olmadığını belirtmesi, sağlık sistemine giriş olarak görülen birinci basamak kullanımında zorluklar yaşandığını göstermektedir. Japonya'da 2011 yılında meydana gelen deprem ve tsunami sonrası yapılan bir sistematik derlemede afet sonrası kadınların sağlık hizmetlerine erişimde önemli zorluklar yaşadığını ve gebelik komplikasyonlarının arttığını göstermiştir (52). Kadınların afet zamanlarında takiplerinin devam etmesinin önemini gösteren bir çalışmadır. Göç eden kadınların eğitim süresinin kısa olması, düşük gelir seviyesine sahip olmaları, çalışmıyor olmaları ve psikososyal stres faktörleri deprem sonrası ziyaret sayısındaki azalmanın sebepleri arasında olabilir. ASM'ye başvuruların azalması, kronik hastalık takiplerinin aksamasına, gebelik takiplerinin sekteye uğramasına ve buna bağlı olarak doğum komplikasyonlarının artmasına yol açabilir. Ayrıca, aşılamaların eksik yapılması nedeniyle önlenebilir hastalıkların yaygınlaşması, anne ve bebek ölümlerinin artması, toplum sağlığı üzerinde ciddi ve uzun vadeli olumsuz etkiler yaratabilir.

Medeni durum ne olursa olsun tüm katılımcıların ASM kullanım oranları depremden sonra azalmış olmasına rağmen, evli olanların bekar/boşanmış/dul bireylere göre her zaman ASM'leri kullanma oranları daha yüksek bulunmuştur.

Umberson ve arkadaşlarının çalışmasında evliliğin de bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyebileceği, zihinsel ve fiziksel sağlıklarını iyileştirebileceği ve ölüm riskini azaltabileceği belirtilmektedir (53). Evlilerin çocuk sahibi olma oranlarının yüksek olması (%92,7), kronik hastalık sıklığının fazla olması (%65,6) ve yaş ortalamalarının daha yüksek olması (50,22 ± 15,97) daha fazla ziyaret sayısının nedenleri arasında gösterilebilir. Evli bireylerin büyük bir kısmının çocuk sahibi olması, onların çocuk sağlığı hizmetleri (aşı, rutin kontroller) için ASM' ye gitme ihtiyacını artırmaktadır. Evli bireylerin %46,9'u depresyon taramasında pozitif çıkarken, bu oran bekar bireylerde %50,8 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, bekar bireylerde psikososyal stresin ve ruh sağlığı sorunlarının daha fazla olduğunu düşündürmekle birlikte, sağlık hizmetlerine erişimde evlilerin daha avantajlı olabileceğini göstermektedir. Evli bireyler, eşlerinin sağlıklarını daha yakından takip etmeleri ve teşvik etmeleri nedeniyle sağlık hizmetlerini daha sık kullanma eğiliminde olabilirler. Ayrıca, evli bireylerin aile içindeki sorumlulukları gereği sağlıklarını daha yakından takip edebileceği ve özellikle çocuk sahibi bireylerde sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksiniminin artabilir. Bekar bireylerin daha genç olması sağlık takiplerini aksatabileceklerini ve evlilere göre daha az kişi ile yaşamaları depresyon tarama sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Deprem öncesi dönemde ASM kullanım oranı çalışmayanlarda çalışanlara göre daha yüksektir. Erdem ve arkadaşlarının 2003 yılında Elazığ'da yaptığı araştırmada çalışmayan bireyler, zaman kısıtlamalarına sahip olmadıkları için rutin tıbbi hizmetlere daha kolay erişebileceğini ifade etmiştir. Çalışmayan bireyler zaman kısıtlamalarına sahip olmadıkları için rutin tıbbi hizmetlere daha kolay erişebilirler. Çalışan bireyler, iş yoğunluğu ve stres nedeniyle sağlık kontrollerini ihmal edebilirken, çalışmayan bireyler bu tür engellerle karşılaşmadıkları için daha düzenli sağlık hizmeti alabilirler. Çalışan bireylerin de özellikle düşük gelirli ve uzun saatler çalışan grupların, sağlık kontrollerini ihmal edebileceği vurgulanıyor (54). Araştırmamızda, çalışmayan katılımcıların büyük bir kısmı kadınlardan oluşmakta (%60), eğitim seviyeleri 8 yıl ve daha az olanlar arasında yoğunlaşmaktadır (%56,9). Ayrıca, çalışmayan bireyler arasında kronik hastalık görülme oranı oldukça yüksektir (%83,1) ve düzenli ilaç kullananların oranı da dikkat çekicidir (%75,4). Öncelikle, bu bireylerin kronik hastalık yükü daha fazla olup, düzenli sağlık kontrolleri ve ilaç takibi için ASM

hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duydukları düşünülebilir. Ekonomik olarak aktif olmamaları, özel sağlık hizmetlerine erişimlerini kısıtlamakta ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerini daha sık kullanmalarına neden olabilir. Deprem sonrası dönemdeki ziyaret sayısı çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması deprem ve göçün katılımcılar arasında birinci basamak sağlık sistemi ziyaret sayısının etkilediğini düşündürmektedir. Bu durum, afet sonrası süreçte özellikle yarısından fazlasının (%53,9) depresif semptomlar gösterdiğini, önemli bir kısmının düşük gelir seviyesine sahip olduğunu ve %41,5'inin bir yakınının yanında, %7,7'sinin ise geçici barınma alanlarında yaşadığı için etkilenebilir. Çalışmayan katılımcılarımızın deprem öncesi dönemde çalışma durumlarının bilinmemesi, doğum iznine ayrılma veya başlama, mevsimlik çalışma hakkında bilgi sahibi olmamamız karıştırıcı faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların (8 yıl ve daha az eğitim alanlar) deprem öncesi ASM ziyaret sayısı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuş, ancak deprem sonrası dönemde bu fark kaybolmuştur. Eğitim düzeyi 8 yıl ve daha az olan katılımcıların büyük bir bölümü çalışmakta olup, kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanım oranları yüksek bulunmuştur; ancak deprem sonrası dönemde ASM başvuru sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır, bu durum yarısında gelir kaybı olması, önemli bir kısmının geçici barınma koşullarında yaşaması ve üçte birinin aile hekimine erişiminin bulunmaması gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Okoronkwo ve arkadaşlarının 2014' te yaptığı çalışmada Nijerya'nın Enugu bölgesinde birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler ve bu hizmetlerin kullanımına etki eden faktörler incelenmiştir ve o bölgedeki 15 birinci basamak sağlık merkezi içinde 360 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerin, birinci basamak sağlık hizmetlerine daha fazla başvurmasının ana nedenleri sağlık okuryazarlığı eksikliği, düşük gelir grubu ve kronik hastalık yükü olduğu gösterilmiştir (55).

Gelir düzeyi düşük olan katılımcıların (1 asgari ücret ve altında geliri olanlar) deprem öncesinde ASM' yi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla ziyaret ettiği belirlenmiş, ancak deprem sonrası dönemde bu fark istatistiksel olarak anlamını yitirmiştir. Ekonomik olarak dezavantajlı bireyler, özel sağlık hizmetlerine erişimde

zorluk yaşadıkları için birinci basamak sağlık hizmetlerine daha fazla yönelmiş olabilir; ancak deprem sonrası süreçte ulaşım, barınma ve diğer temel ihtiyaçların öncelik kazanması nedeniyle ASM başvurularında azalma gözlenmiş olabilir. Okoronkwo ve arkadaşlarının (2014) Nijerya'nın Enugu bölgesinde birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler ve bu hizmetlerin kullanımına etki eden faktörler incelendiği çalışmada gelir düzeyi doğrudan kullanılmamış, bunun yerine sosyoekonomik statü (SES) belirlemek için bir indeks oluşturulmuştur. SES, dört gruba (Q1 = en yoksul, Q4 = en varlıklı) ayrılmıştır. Q4 (en varlıklı) grup, en fazla birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanan gruptur. Q1 ve Q2 (en yoksul ve çok yoksul gruplar), birinci basamak sağlık hizmetlerinden en az faydalanan gruplardır. Gelir düzeyi ile sağlık hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ve en yoksul bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde engellerle karşılaştığını göstermektedir (55). Katılımcıların yaş ortalaması 52,6 olup, yarısından fazlası (%56,9) düşük eğitim seviyesine (8 yıl ve daha az) sahiptir, büyük çoğunluğunda (%83,1) kronik hastalık bulunmakta ve yarısından fazlası (%75,4) düzenli ilaç kullanmaktadır; ayrıca yarısı kirada (%50,8), yarısına yakını ise bir yakınının yanında yaşamaktadır (%41,5). Geliri daha düşük olan katılımcılarda ASM' lerin ücretsiz olması sebebi ile başvuru sayısının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanan bireylerin deprem öncesinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde ASM' ye daha fazla başvurduğu görülmüştür. Cassell ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan retrospektif kohort çalışması, multimorbiditeye sahip hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini daha sık kullandığını göstermektedir. Çalışmaya göre, multimorbiditeye sahip hastalar, genel pratisyen (GP) toplam konsültasyonlarının %52,9'unu, reçetelerin %78,7'sini ve hastane yatışlarının %56,1'ini oluşturmaktadır. Bu bulgular, multimorbiditeye sahip hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri ve genel sağlık sistemi üzerinde önemli bir yük oluşturduğunu göstermektedir (56). Kronik hastalığı olan katılımcıların yaş ortalaması yüksek, çoğunluğu kadın, büyük kısmı evli, neredeyse tamamı çocuk sahibi, yarısından fazlası düşük eğitim seviyesine sahip ve gelir düzeyi asgari ücret veya altında olanların oranı yüksektir; ayrıca, kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu önceki çalışmalarla uyumludur (50). Kronik hastalığı olan katılımcıların deprem sonrası ASM ziyaret

sayısında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Katılımcıların %60,9'u son 1 ayda akut sağlık problemi yaşaması ve %50'sinde depresyon tarama testi pozitif olması sağlık hizmetlerine başvuru sayısını birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısında azalma görülmüştür. Depresif semptomların sağlık hizmeti arayışını azaltabileceği ve afet sonrası psikososyal stresin sağlık yönetimini olumsuz etkileyebileceği ve katılımcıların %40'ının bir yakınıyla yaşaması birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısını etkilediği söylenebilir. Kronik hastalıkların düzenli takip gerektirmesi nedeniyle bu kişilerin tedavi süreçlerinde aksamalara yol açabileceği, hastalık komplikasyonlarının oluşabileceği, yeni hastalık tanılarının da gecikeceğini, düşündürmektedir. Kronik hastalığı olan katılımcılarımızdan 6 kişi yalnız yaşıyor ve depresyon tarama sorularına 5'i pozitif cevap vermiştir. Bu kişilerin göç sonrası dönemde ziyaret sayısı ortalamanın üstünde olup depresyon tarama sonuçlarının pozitif yanıtları yalnız yaşadığı için depresyon açısından risk faktörü olması, bu hastaların daha yakından takip edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Deprem sonrası bireylerin aile hekimine duyduğu ihtiyacın sosyodemografik faktörler tarafından etkilendiğini göstermektedir. Kadınlar, evli bireyler, çocuğu olanlar, düşük eğitim seviyesine sahip bireyler, kronik hastalığı olanlar ve ilaç kullanan bireyler, aile hekimine daha fazla ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerine ihtiyaç eğilimi erkeklere kıyasla istatiksel olarak anlamlı olarak daha yüksektir. Kadınların gebelik ve doğum sonrası takip gibi hizmetlerden faydalanmaları, kanser taramalarının daha erken yaşta yapılması, çocuk bakımları ve sağlık takiplerini yaptırmaları, çalışmıyor olmaları bu farklılığı açıklayabilir. Evli bireylerin aile hekimine duyduğu ihtiyaç, bekar, boşanmış veya dul bireylere göre anlamlı derecede yüksektir Evlilik, bireylere sosyal destek sağlarken, sağlık hizmetlerine başvuru konusunda da teşvik edici bir rol oynayabilir. Çocuk sahibi bireyler de aile hekimine daha fazla ihtiyaç duyduklarını istatiksel olarak anlamlı şekilde ifade etmişlerdir Çocukların sağlık takibi ve aşı programları gibi hizmetler, ebeveynleri sağlık sistemine daha fazla entegre edebilir. Daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duydukları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim süresi 8 yıl ve daha az olan katılımcıların yaş ortalaması 56 ± 14,92 olup, yaklaşık yarısı (%49,3) kadındır. Büyük

bir çoğunluğunun (%89) en az bir çocuğu bulunmakta, %42'si bir yakını ile yaşamaktadır. Katılımcıların %55,1'i çalışırken, deprem sonrası %50,7'sinin gelirinde azalma olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, bu grubun %53,6'sının asgari ücret düzeyinde veya daha düşük gelire sahip olduğu belirlenmiştir. Ekonomik olarak hassas bir yapıya sahip olan katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olması yarısından fazlasının (%55,1) çalışmasına rağmen %53,6'sının asgari ücret veya daha düşük gelir elde etmesi ve %50,7'sinin deprem ve göç sonrası gelir kaybı yaşaması, bir kısmının yakını ile yaşaması (%42), birinci basamak sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın artmasında etkili bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Deprem ve göç sonrası yaşadıkları barınma sorunları, maddi kayıplar alıştıkları ortamdan uzaklaşmaları, fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumsuz etkilenmesi birinci basamak sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymalarının sebebi olabilir. Bu bağlamda, aile hekimleri gibi kolay erişilebilen sağlık hizmetleri, bu grubun sağlık sorunlarını yönetmede kritik bir rol oynayabilir. Düşük eğitim düzeyine sahip katılımcıların %34,8'inin (n=21) deprem sonrası aile hekimi olmaması, bu grubun birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruda zorluklar yaşadığını gösterebilir. Deprem sonrası farklı şehirlere göç eden bireyler, aile hekimliği sisteminde kayıtlarını güncelleyememiş olabilir. Özellikle sağlık sistemine dair bilgi eksikliği olan düşük eğitim seviyesine sahip bireyler, kayıt yenileme süreçlerini bilmiyor veya ihmal ediyor olabilir, aile hekimi olmayan bireyler sağlık hizmetlerinden kopmuş olabilir, temel barınma ve geçim sıkıntılarıyla uğraşırken, sağlık hizmetlerine erişimlerini ikinci plana atmış olabilirler. Deprem sonrası travma ve yaşanan kayıplar, bireylerin sağlık hizmetlerine başvurma davranışlarını değiştirebilir. Yapılan bir sistematik derleme, doğal afetler sonrasında düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde ciddi eşitsizlikler yaşadığını ve bu grupta sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının daha düşük olduğunu göstermektedir (57).

Kronik hastalığı olan bireylerin aile hekimine duyduğu ihtiyaç, kronik hastalığı olmayan bireylere kıyasla anlamlı derecede yüksektir. Kronik hastalık takibi ve ilaç reçetelerinin yenilenmesi gibi faktörler, bu ihtiyacın yüksek olmasına neden olabilir. Jhung ve arkadaşlarının (2007) Katrina Kasırgası sonrası yaptığı çalışmada, tahliye edilen bireylerin sağlık hizmeti taleplerinin %68'inin kronik hastalık tedavisiyle ilgili olduğu gösterilmiştir. Çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin düzenli ilaç

erişiminin afet sonrası sağlık sistemlerinin karşılaştığı en büyük zorluklardan biri olduğu vurgulanmıştır (58). Benzer şekilde, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri sonrasında da Türkiye'de kronik hastaların ilaç erişimini kolaylaştırmak adına çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Afetten etkilenen bireylerin eczanelerden reçetesiz ilaç temin edebilmesi sağlanmış, kronik hastalık raporu olan bireyler için ilaç yenileme süreci kolaylaştırılmıştır. Türkiye'de uygulanan bu düzenlemeler, Katrina Kasırgası sonrası ABD'de yaşanan ilaç erişim krizine kıyasla, sağlık hizmetlerinde afet sonrası hızlı bir adaptasyon sağlandığını göstermektedir. Ancak, sahadaki pratik uygulamalara bakıldığında, Türkiye'de de ilaç erişimi konusunda bazı zorlukların devam ettiği görülmektedir. İlaç yazdırmak için göç edilen yerde aile hekimlerine kaydolma süreçlerinde yaşanan aksaklıklar, ulaşım ve sağlık tesislerindeki yoğunluk gibi sorunlar, düzenlemelerin etkisini sınırlamıştır ve psikiyatrik ilaçlar, opioid türevleri, insülin gibi ilaçların reçetesiz verilmemesi, bu ilaçlara ihtiyacı olan hastaların erişimini kısıtlamıştır. Katrina Kasırgası sonrası yapılan çalışmada, afet sonrası ilaç erişiminin genellikle perakende eczaneler ve federal yardım programları üzerinden sağlandığı bildirilmiştir. Türkiye'de ise sağlık sistemi içerisindeki eczane ağı ve SGK'nın sağladığı ilaç erişim kolaylıkları, kronik hastalar için önemli bir avantaj oluşturmuştur. Buna rağmen, özellikle göç eden bireylerin sağlık sistemine entegrasyonu konusunda daha hızlı ve kapsayıcı çözümler üretilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. Benzer şekilde, ilaç kullanan bireyler de aile hekimine daha fazla ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda kanser taraması, sevk hizmeti, yaşlı sağlığı, sigara bıraktırma ve sağlık danışmanlığı gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplum tarafından en az bilinen hizmetler olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, literatürde de birinci basamak sağlık hizmetlerinin yalnızca tedavi edici sağlık hizmetleriyle ilişkilendirildiğini ve koruyucu hizmetlere yönelik farkındalığın genellikle düşük olduğunu gösteren çalışmalarla örtüşmektedir (59). Özellikle kanser taramalarına yönelik farkındalık eksikliği, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ve birçok ülkede yapılan çalışmalar, kanserin küresel olarak en yaygın ölüm nedenlerinden biri olduğunu ve erken teşhisin hastalık yükünü azaltmada kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır (60). Ancak bu yüksek önleme rağmen, kanser tarama programlarına katılım oranları birçok ülkede istenilen seviyede değildir. Örneğin,

ABD'de kolorektal kanser taramalarına katılım oranı %62,4, Avustralya'da %40, İspanya'da ise %31,8 olarak bildirilmiştir (61). Türkiye'de de benzer şekilde, 2020'de 3,5 milyon, 2021'de ise 4,5 milyon kanser taraması yapılmış olmasına rağmen, tarama programlarına katılım hâlâ istenen düzeyde değildir. Özellikle kadınlar arasında serviks kanseri taramasına dair farkındalık %79,4 olmasına rağmen, yalnızca %55'i en az bir kez smear testi yaptırmıştır (62). Çalışmamızda kanser taramaları ve diğer birinci basamak hizmetleri hakkında farkındalığın düşük olduğu tespit edilmiş, ancak kullanım oranları ayrı olarak değerlendirilmemiştir. Bu bulgu, hizmetlerin toplumda yeterince tanıtılmadığını ve sağlık okuryazarlığının bu hizmetlere erişimi etkilediğini gösterebilir. Sevk hizmetleri, yaşlı sağlığı, sigara bıraktırma ve sağlık danışmanlığı gibi hizmetlerin düşük bilinirliği, sağlık sisteminde bu hizmetlerin görünürlüğünün artırılması gerektiğini göstermektedir. Hizmetlerin bilinirliğini artırmak, yalnızca sağlık sisteminin yükünü azaltmakla kalmayıp, erken teşhis sayesinde halk sağlığını iyileştirmek açısından da kritik öneme sahip olacağı düşünülmektedir.

Deprem sonrası aile hekimini bilme durumunda en dikkat çekici fark, evlilerin bekar katılımcılara kıyasla istatiksel olarak anlamlı bir şekilde aile hekimini daha fazla bilmesidir. Kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerini bilmesi genellikle erkeklerden daha yüksek olmasına rağmen, çalışmamızda bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kronik hastalığı olan bireyler, sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymalarına rağmen aile hekimini bilme oranları açısından kronik hastalığı olmayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Jhung ve arkadaşlarının 2005 yılında Katrina Kasırgasından sonraki 4.-31. günler arasında tahliye edilen afetzedelerle yaptığı çalışmada afet sonrası kronik hastalar için sağlık hizmetlerine erişimde ciddi sorunlar yaşandığı, özellikle ilaç temininin kritik bir ihtiyaç olduğu gösterilmiştir (58).Çalışmamızda deprem ve göç sonrası birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının azaldığı bilinmektedir ve çocuk sahibi olma, gelir düzeyi ve eğitim seviyesi gibi faktörlerin aile hekimine kayıtlı olma üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Ancak literatürde düşük eğitim ve gelir seviyesine sahip bireylerin afet sonrası sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla eşitsizlik yaşadığı gösterilmiştir (57). Psikolojik hastalıkları olan katılımcılar ile olmayanlar arasında sağlık hizmetlerine başvuru oranlarında istatiksel bir farklılık yoktur. Deprem öncesi dönemde psikiyatri hastalarının ortalama ziyaret sayısı, deprem

sonrası döneme göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır (p = 0,001). Bu durum, depremin ardından psikiyatrik destek başvurularında belirgin bir azalma olduğunu gösteriyor olabilir. Afet sonrası dönemde ruh sağlığı hizmetlerine erişimin fiziksel ve yapısal engeller nedeniyle kısıtlandığı bilinmektedir. Psikiyatrik sağlık sorunlarını kabul etmeme, damgalanma korkusu ve sağlık hizmetine ulaşım sorunları bu süreci daha da zorlaştırmış olabilir. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinin psikososyal destek sağlamadaki kapasitesinin eksik olması, ruh sağlığı desteğine erişimi sınırlandırabilir. Afet sonrası psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin yalnızca küçük bir kısmının profesyonel destek alabildiği gösterilmiştir (63). Bu nedenle, afet sonrası dönemde ruh sağlığı hizmetlerinin aile hekimliği sistemi içinde daha erişilebilir hale getirilmesi, ruh sağlığı bozukluğu yaşayan bireylerin hizmete ulaşımını artıracak önemli bir adım olabilir. Birinci basamak hekimlerinin ve çalışanlarının farkındalığını arttırıp bu hizmetlerin daha etkin hale getirilmesi sağlanabilir.

Deprem sonrası göç eden bireylerin önemli bir kısmının düşük gelirli (%41,9) ve düşük eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir, bu da sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklere yol açabilir. Göç sonrası bireylerin %43,2'sinin gelirinin azaldığı, %52,9'unun kirada veya geçici barınma koşullarında yaşadığı dikkate alındığında, ekonomik ve barınma sorunlarının sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarını düşürebileceği söylenebilir. Evli bireylerin ve çocuk sahibi ailelerin sağlık hizmetlerine başvuru oranlarının daha yüksektir. Afet sonrası özellikle düşük eğitim ve gelir seviyesine sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadığı literatürde gösterilmiştir (57). Afet sonrası sağlık politikalarının, ekonomik kayıplar yaşayan ve kalıcı konut sorunu yaşayan bireyler için özel düzenlemeler içermesi birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşımı ve kullanımı kolaylaştırabileceği düşünülmektedir.

5.2 Deprem ve Ruh Sağlığı

Çalışmamızda deprem öncesi döneme göre psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan grupta deprem sonrası ASM başvuru sayısında belirgin bir azalma gözlenmiştir. Buna rağmen deprem öncesinde psikiyatrik hastalığı olan katılımcılar, olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak ASM'yi daha sık ziyaret etmiş. Deprem ve göç sonrasında da bu fark korunmuştur. Deprem öncesi dönemde psikiyatri hastalarının

ortalama ziyaret sayısı, deprem sonrası döneme göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır (p = 0,001). Bu durum, deprem sonrasında psikiyatrik destek başvurularında belirgin bir azalma olduğunu gösteriyor olabilir. Ülkemizde psikiyatrik hastalığı olanların deprem ve göç sonrasında tedavilerinin aksamış olabileceği, ilaç uyumsuzluklarının artabileceği ve ziyaret sayılarının düşmesi hastalık takiplerinin aksamasına sebep olacağı düşünülmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların yaş ortalaması 47 olup, %65,9'u kadın, %58,5'i evli, %73,2'si çocuk sahibi, %36,6'sı 8 yıl ve daha az eğitim almış, %48,8'i çalışmıyor, %48,8'inin geliri 1 asgari ücret ve altında, %63,4'ünde kronik hastalık mevcut ve %63,4'ü düzenli ilaç kullanmaktadır. Psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların deprem ve göç sonrasında depresyon tarama oranı %53,7 olup, bir yakınının yanında yaşayan %41,5'tir, aile hekimi olmayan %31,7 olarak belirlenmiştir. Bu özellikler, deprem sonrası dönemde ASM başvuru sayısında azalmaya neden olmuş veya bu azalmayı etkileyen faktörler arasında yer almış olabilir. Literatürde afet sonrası psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı arttığı ve bu bireyler sağlık hizmetlerine erişimde çeşitli zorluklarla karşılaştıkları görülmektedir. North ve arkadaşlarının (2013) Katrina Kasırgası sonrası yaptığı çalışmada, travmaya maruz kalan bireylerde psikiyatrik hastalık oranlarının arttığı ancak sağlık hizmeti kullanım oranlarının düştüğü saptanmıştır. Barınma ve ekonomik sorunlar, afet sonrası sağlık altyapısının zarar görmesi, hizmet sunumunda aksamalar, yerinden edilen bireylerin yeni sağlık sistemlerine adaptasyon süreci, psikososyal destek hizmetlerinin yetersiz kalması veya bu hizmetlere yönelik farkındalığın düşük olması, psikiyatrik hastalıklarla ilgili toplumsal damgalanma bireylerin profesyonel yardım arayışını engelleyebileceği başlıca sebepler arasında gösterilmiştir (64). Benzer şekilde, Kessler ve arkadaşları tarafından (2008) yapılan bir araştırmada, travmatik olaylara maruz kalan bireylerin psikososyal destek hizmetlerine erişiminin yetersiz olduğu ve bu durumun uzun vadeli ruh sağlığı sorunlarını artırdığı belirtilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin psikososyal destek sağlama kapasitesinin sınırlı kalması, travmatik olaylar sonrasında bireylerin ekonomik kayıplar yaşaması nedeniyle ücretli psikososyal destek hizmetlerine erişimin kısıtlı olması, ruh sağlığı hizmetlerine başvurmanın toplumda olumsuz algılanması, bireylerin mevcut psikososyal destek hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması veya bu hizmetlerin önemini kavrayamaması, ayrıca afet nedeniyle göç edenlerin yeni yerleşim yerlerinde sağlık

hizmetlerine kayıt ve erişim süreçlerinde zorluk yaşaması, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranlarını önemli ölçüde düşürdüğü erişimi engelleyen sebepler olarak gösterilmiştir (65).

Deprem sonrası ASM başvuru sayısı bakımından depresyon tarama testinde pozitif sonuç veren katılımcıların negatif olanlarla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcılarda sağlık hizmeti kullanım oranlarının genel eğilimin düşük yönde olduğu görülmektedir. Depresyon, bireylerin sağlık hizmetlerine başvurma motivasyonlarını düşüren bir faktör olabilir. Galea ve arkadaşlarının 2005 de yaptığı çalışmada afet sonrası travma sonrası stres bozukluğu yaygınlığının arttığı, ancak birçok bireyin tedaviye ulaşamadığı gösterilmiştir (66). Örneğin, Wang ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, afet sonrası travma sonrası stres bozukluğu, majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı yaşayan bireylerin yalnızca %20'sinin profesyonel sağlık hizmeti aldığı belirtilmiştir (63). Depresyon taraması pozitif bireylerin sağlık hizmeti kullanımının sosyodemografik faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Kadınlar, yaşlı bireyler, eğitim seviyesi yüksek olanlar, evliler, çocuğu olanlar, ekonomik durumu iyi bireyler ve kronik hastalığı olanlar sağlık hizmetini daha fazla kullanırken; erkekler, genç bireyler, düşük eğitim ve gelir seviyesine sahip olanlar ile çalışan bireylerde başvuru oranları daha düşük bulunmuştur. Erkeklerde ise damgalanma endişesi ve çalıştıkları için başvuru oranlarının düşük olduğu düşünülebilir. Yaş arttıkça birinci basamak sağlık hizmetine başvuru eğiliminin yükseldiği görülmüştür, yaşlı bireyler kronik hastalıkları nedeniyle sağlık sistemine daha entegre olabilir. Eğitim seviyesi yükseldikçe birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru artırmaktadır. Depresyon taramaları pozitif olan düşük gelirli katılımcılar daha az birinci basamak sağlık hizmetlerine başvururken, ekonomik olarak daha iyi durumda olanların hizmetlere başvuru sayısı daha fazladır.

Çalışmamızda psikiyatrik hastalık geçmişi olan katılımcıların oranı %26,5 olup, bu grubun ruh sağlığı hizmetlerine erişim konusunda daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğu söylenebilir ve tedavi süreçlerinin aksayabileceği düşünülebilir**.** King ve arkadaşlarının (2016) Teksas'ta Katrina Kasırgası sonrası tahliye edilen bireyler

üzerine yaptığı çalışmada, afet sonrası ruh sağlığı bozukluğu yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine başvuruda çekingen davrandığını ve bu durumun damgalanma korkusu, sağlık hizmetlerine erişimdeki yapısal engeller ve psikososyal destek mekanizmalarının eksikliği gibi faktörlerden kaynaklandığını ortaya koymuştur (64). 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremlerinden etkilenen ve ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylerin sağlık sistemine entegrasyonunda benzer zorluklar yaşadığı düşünülmektedir. Göç eden bireylerin aile hekimi kaydını yenileyememesi, reçetesiz ilaç teminindeki sınırlamalar, sağlık hizmetlerine yönelik çekinceler nedeniyle ruh sağlığı hizmetlerine erişimde aksaklıklar yaşadığı ve yeni aile hekimine kaydolamama, barınma koşullarındaki belirsizlikler ruh sağlığı hizmetlerine erişimi daha da zorlaştırmaktadır. Psikososyal destek hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri içinde daha aktif hale getirilmesi, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve afet sonrası dönem için özel olarak planlanmış ruh sağlığı müdahalelerinin uygulanması gerekebilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve sağlık personelinin afet sonrası ruh sağlığı problemleriyle başa çıkma konusunda eğitilmesi, erken tanı ve yönlendirme süreçlerini iyileştirebilir. Dünya Sağlık Örgütü de afet sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğini ve ruh sağlığı desteğinin genel sağlık hizmetleri içine daha fazla entegre edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (67).

Çalışmamızda, MÜPEAH (deprem ve göçten 6 ay sonra) ve Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde (Kartal LKŞH)(deprem ve göçten 18 ay sonra) yapılan depresyon tarama sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Deprem ve göçten 6 ay sonra yapılan depresyon taraması pozitif çıkan bireylerin oranı %72,9 iken, deprem ve göçten 18 ay sonraysa bu oran %37,4 olarak bulunmuştur. Bu farkın temel nedenlerinden biri, tarama testlerinin deprem sonrası farklı zaman dilimlerinde uygulanmış olmasıdır. MÜPEAH' ta tarama depremden 6 ay sonra, Kartal LKŞH' de ise 18 ay sonra gerçekleştirilmiştir ve her iki hastanede de farklı hastalara bu tarama yapılmıştır. 21 ülkedeki ulusal veya bölgesel olarak temsili anketler, tüm ülkelerde majör depresyonun 12 aylık yaygınlığının %5 olduğunu tahmin ediyor (68). Ayrıca, 14 ülkedeki anketlere göre majör depresyon artı kalıcı depresif bozukluğun (distimi) yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %12'dir. Boztaş ve arkadaşlarının Van-Erciş Depremi (2011) sonrasında yaptığı çalışmada, depremden 6

ay sonra depresyon oranı %48,7 olarak saptanırken, 18 ay sonra bu oran %29,3'e düşmüştür (69). Çalışmamızda MÜPEAH' ta deprem ve göç sonrası 6. ayda depresyon oranının yüksek çıkması, bu eğilimle uyumlu olup depresyon taraması pozitif olan %72,9'dur. Bununla birlikte, Kartal LKŞH' de depremden 18 ay sonra yapılan depresyon taraması sonuçları, literatürdeki benzer çalışmalarla kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur. Kılıç ve Ulusoy'un 1999 Marmara Depremi'nden 18 ay sonra Düzce'de yaptığı çalışmada, depresyon oranı %28,4 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda Kartal LKŞH'de 18. ayda depresyon oranının %37,4 olarak bulunması, farklı depresyon tarama ölçeklerinin kullanılmasının bu durumu etkileyebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca farkın göç ile ilişkili olabileceği ve psikiyatrik hastalık tanısı olanların etkileyebileceği düşünülmektedir. Özden ve Şalcıoğlu' nun 2015'te Van-Erciş Depreminden yaklaşık 1,5 yıl sonra yaptığı çalışmada, deprem sonrası göç eden bireylerin %13,2'sinde, göç etmeyenlerin ise %17,4'ünde depresyon tespit edilmiştir (70). Bu bulgu, çevresel değişikliklerin, sosyal destek kaybının ve adaptasyon sürecinin depresyon gelişiminde önemli rol oynayabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda Kartal LKŞH' de tarama yapılan katılımcıların deprem nedeniyle göç etmiş olması ve farklı depresyon tarama ölçeklerinin kullanılması depresyon tarama oranlarının görece daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Ek olarak, depresyonun değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler de sonuçları etkileyebilir. Kılıç ve Ulusoy'un çalışmasında hangi depresyon ölçeğinin kullanıldığı açıkça belirtilmemiştir, ancak benzer araştırmalarda sıklıkla Beck Depresyon Envanteri veya Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği gibi ölçeklerin kullanıldığı bilinmektedir. Çalışmamızda kısa depresyon tarama ölçeği kullandık ve telefonla arayarak gerçekleştirdiğimiz için sonuçların farklı çıkmasına sebep olmuş olabilir ve bu yüzden kullanılan ölçekler farklı olduğunda, depresyon oranlarını doğrudan karşılaştırmak zor olabilir. Çalışmamızdaki bulgular, deprem sonrası depresyon prevalansının zamanla azalabileceğini ve erken dönemde yapılan taramaların daha yüksek pozitif oranlar gösterebileceğini desteklemektedir. Bu nedenle, afet sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin özellikle göç eden bireylere yönelik olarak güçlendirilmesi ve uzun vadeli psikososyal destek mekanizmalarının oluşturulması büyük önem taşıdığı düşünülmektedir.

5.3 Araştırmanın Güçlü Yönleri

1. Bu çalışma, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası İstanbul'a göç eden bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimini değerlendiren ilk araştırmadır.

2. Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan değişiklikleri ele alarak afet sonrası sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır.

3. Afet sonrası toplum sağlığındaki önemi vurgulanarak, kronik hastalık takibi, aşılama ve ruh sağlığı hizmetleri gibi farklı alanlarda kapsamlı bir analiz sunmaktadır.

4. Türkiye'de afet sonrası göç eden bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini değerlendiren nadir çalışmalardan biri olup, konunun bilimsel literatürdeki yerini güçlendirmektedir.

5. Araştırmadan elde edilen bulgular, afet sonrası sağlık hizmetlerinin nasıl iyileştirilebileceğine dair önemli ipuçları sunarak gelecekteki sağlık politikalarına yön verebilir.

6. Çalışmanın sonuçları, toplum sağlığının korunmasına ve afet sonrası sağlık sisteminin güçlendirilmesine katkı sağlayabilir.

5.4 Araştırmanın Kısıtlılıkları

1. Deprem sonrası X34 ve doğal afet/ doğal olay bildirimi yapılmış herkese ulaşılamamıştır. Çalışmamıza 18 yaş ve altı göç eden depremzeler dahil edilmediği için katılanlar arasında yaş ortalaması toplum geneline göre yüksektir.

2. Araştırmanın İstanbul'da gerçekleştirilmesi, göç eden kişilerin diğer şehirlere göç eden depremzedelerden farklı olabileceği anlamına gelebileceğinden, elde edilen sonuçlar deprem nedeniyle göç eden tüm bireyleri tam olarak yansıtmayabilir.

3. Deprem sonrası göç etmiş ancak hastaneye başvurmamış bireylere ulaşılamamış olması, çalışmanın kapsamını sınırlayan etkenlerden biridir.

4. Araştırmaya katılan kişi sayısının sınırlı olması ve bazı katılımcılara eksik veya yanlış iletişim bilgileri nedeniyle ulaşılamaması da çalışmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

5. Çalışma verileri, depremden en az 6 ay sonra toplanmaya başlandığı için, bu süreçte bazı katılımcıların eski yerleşim yerlerine dönmüş olduğu tespit edilmiştir ve yalnızca İstanbul'da kalan depremzedelerle görüşme yapılabilmiştir.

6. Katılımcıların deprem ve göç gibi iki büyük zorluk sonrasında yöneltilen sorulara verdikleri yanıtların hafıza faktörü nedeniyle etkilenmiş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

7. Yabancı uyruklu olup göç eden depremzedelerle iletişim kurulamamış olması, çalışmanın göçmen nüfusu kapsayamamasına yol açmıştır.

8. Katılımcılara belirli sağlık hizmetlerinden daha önce haberdar olup olmadıkları ve bu hizmetleri kullanıp kullanmadıklarıyla ilgili sorular yöneltilmiş olmakla birlikte, bazı katılımcıların aldıkları hizmetleri fark etmemiş olabilecekleri ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.

9. Son olarak, çalışmamıza doğrudan benzer bir araştırma bulunmaması nedeniyle, elde edilen verilerin diğer çalışmalarla karşılaştırılması ve daha kapsamlı analizlerin yapılması kısıtlı kalmıştır.

5.5 Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri sonrası İstanbul'a göç eden bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarını değerlendirmiştir. Bulgular, afet sonrası göç eden bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde belirgin bir azalma yaşandığını, bu azalmanın çeşitli sosyodemografik faktörlerden etkilendiğini ve özellikle ruh sağlığı hizmetleri açısından önemli eksiklikler olduğunu göstermektedir. Çalışmanın sonuçları, afet sonrası sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ve göç eden bireylerin sağlık hizmetlerine entegrasyon süreçlerinin iyileştirilmesi gerektiğini gösterebilir. Sonuçları 2 ana başlıkta gruplamak mümkündür.

1- Birinci basamak sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın artması
2- Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilememesi ve farkındalık eksikliği

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Olan İhtiyaç ve Ruh Sağlığı: Bu araştırmada deprem sonrasında Birinci Basamak sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı

arttığı ve hatta bazı gruplarda bu ihtiyacın anlamlı olarak daha fazla arttığı gözlenmiştir. Örneğin çalışan bireylerin deprem öncesinde ASM' ye başvuru oranlarının çalışmayan bireylere kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur. İş yoğunluğu ve zaman kısıtlamaları nedeniyle çalışan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi sınırlanmış olabilir ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmaları için çeşitli politikalara ihtiyacı gösterebilir. Özellikle düşük gelirli ve uzun çalışma saatlerine sahip bireylerde bu durumun daha belirgin olduğu düşünülebilir. Bu bulgu, afet sonrası göç eden bireylerin iş gücüne katılım süreçleri ve iş koşullarının sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen bir faktör olarak söylenebilir.

Üzerinde konuşulması gereken diğer önemli bir grup ruh sağlığı tanısı olan ya da yeni gelişen kişilerdir. Çalışmamızda, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ASM ziyaret sayılarının anlamlı ölçüde azaldığı görülmüştür. Deprem sonrası ruh sağlığı sorunlarının arttığı bilinse de psikososyal destek hizmetlerine erişimde çeşitli engellerin olduğu düşünülmektedir. Bu engellerin ekonomik kısıtlar, barınma sorunları bulunmaktadır. Afet sonrası birinci basamağa doğrudan yönlendirme yapılmadığı düşünüldüğünde ve birinci basamağa ulaşımda afetzedelerin başvurması beklenildiği için erken dönemde bu hassas gruba ulaşılmadığı söylenebilir. Çalışma sürecinde göç eden depremzedeler, 'Keşke daha erken arasaydınız' ve 'Unutulmadığımızı görmek bizi mutlu etti' sözleriyle, iletişim ve desteğin kendileri için önemli olduğunu ifade etmiştir.

Depresyon tarama testinde pozitif sonuç veren bireylerin sağlık hizmetlerine başvurma oranlarında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, genel olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma eğilimlerinin az olduğu görülmektedir. Psikiyatrik sağlık sorunları yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin psikososyal destek mekanizmalarıyla güçlendirilmesi gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü afet sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık sistemine daha çok entegre edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Türkiye'de birinci basamak sağlık sisteminde psikososyal destek sağlama kapasitesinin artırılması, afet ve göç sonrası süreçlerde hem gereklilik arz etmekte hem de fayda sağlamaktadır. Bu sayede, birinci basamak sağlık hizmetleri daha bütüncül bir yaklaşımla yapılandırılarak bireylerin biyopsikososyal ihtiyaçlarına daha etkin bir şekilde yanıt verebilecektir.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Farkındalık Eksikliği: Çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulan kanser taramaları, sigara bırakma hizmetleri, yaşlı sağlığı ve sağlık danışmanlığı gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin toplumda yeterince bilinmediği görülmüştür. Özellikle kanser taramalarına yönelik farkındalığın düşük olması, erken teşhis ve önleyici sağlık hizmetlerine katılım oranlarının artırılması gerektiğini göstermektedir. Dünya genelinde yapılan çalışmalar, birçok ülkede kanser tarama programlarına katılımın düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye'de de benzer şekilde, kanser taramalarına yönelik farkındalık olmasına rağmen, düzenli tarama yaptırma oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanları, özellikle aile hekimleri ve diğer sağlık profesyonelleri, halkı tarama programlarına katılım konusunda bilgilendirecek şekilde eğitilmelidir. Hedef kitleye yönelik bilgilendirme seminerleri ve eğitimler düzenlenebilir. Tarama merkezlerinin sayısını artırarak, erişimi kolaylaştırmak gereklidir. Hedef gruplara kişisel mektuplar, telefon aramaları ya da SMS ile davetler yapılabilir. Kişisel hatırlatmalar, bireylerin tarama programına katılımını artırabilir. Tarama hizmetleri, insanların iş saatlerine denk gelmeden sunulmalıdır. Örneğin, akşam saatlerinde veya hafta sonları da açık olan sağlık merkezleri kurulabilir. Toplum liderleri veya dini liderler, insanları kanser tarama programlarına katılmaya teşvik edebilirler. Tarama sonuçlarının zamanında ve güvenli bir şekilde katılımcılara bildirilmesi önemlidir. Ayrıca, pozitif sonuç almış bireylerin hızlıca tedavi edilmesi için sağlık sisteminde kolay bir şekilde yönlendirme yapılmalıdır. Halkın daha fazla ilgisini çekmek için ünlüler ya da topluma mal olmuş kişilerin katılımını gösteren daha fazla medya kampanyaları düzenlenebilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yalnızca tedavi edici sağlık hizmetleriyle ilişkilendirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince tanıtılmadığını ve halk sağlığı stratejilerinin bu yönde geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik politikaların hayata geçirilmesi ve sağlık profesyonellerinin koruyucu sağlık hizmetlerini daha etkin tanıtması gerekmektedir.

Politika Önerileri ve Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

Bu çalışmanın sonuçları, afet sonrası sağlık sisteminin daha kapsayıcı hale getirilmesi gerektiğini göstermektedir.

1- Afet sonrası ruhsal sağlık sorunlarının yaygınlığı göz önünde bulundurularak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikososyal destek mekanizmalarının artırılması gerekmektedir. Aile hekimlerine yönelik afet sonrası psikososyal destek sağlama konusunda eğitim programları düzenlenmelidir.
2- Düşük gelirli ve düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmaya yönelik sosyal politikalar geliştirilmeli, ücretsiz veya düşük maliyetli sağlık hizmetleri sunan programlar yaygınlaştırılmalıdır.
3- Kanser taramaları, sigara bırakma programları ve yaşlı sağlığı hizmetleri gibi birinci basamak hizmetlerinin toplum tarafından daha fazla bilinmesi için farkındalık kampanyaları düzenlenmelidir.
4- Yeni yerleşim yerlerine göç eden bireylerin sağlık hizmetlerine entegrasyonu hızlandırılmalı, aile hekimlerine kayıt sürecinde yaşanan bürokratik engeller azaltılmalıdır.
5- Deprem ve benzeri afetlerde sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için ulusal düzeyde kapsamlı bir sağlık planı oluşturulmalı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin afet sonrası süreçlerdeki organizasyonu güçlendirilmelidir. Kurumların alt yapı unsurlarına dikkat edilmeli, teknik açıdan hazırlıklı olunmalıdır.

Çalışmamız, afet sonrası sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı ve kullanımını etkileyen faktörleri değerlendirerek afet sonrası sağlık politikalarının iyileştirilmesi yönünde öneriler oluşturabildiğimiz bulgular elde etmiştir. Gelecekte yapılacak çalışmaların, afet sonrası sağlık hizmetlerine erişimi artırmaya yönelik daha spesifik politika önerileri geliştirmesi, sağlık sisteminin kriz durumlarında daha etkili hale gelmesine katkı sağlayacaktır.

6. KAYNAKLAR

1. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). Açıklamalı afet yönetimi terimleri sözlüğü. 2025. [Erişim tarihi: 10 Ocak 2025]. Erişim adresi: https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu.

2. Noji EK. Public health in the aftermath of disasters. *BMJ*. 2005 Jun 9;330(7504):1379. doi: 10.1136/bmj.330.7504.1379.

3. Okyay P, Öntaş E, eds. Afetler ve halk sağlığı. İstanbul: Hipokrat Yayıncılık; 2023. ISBN: 978-625-6429-24-6. e-ISBN: 978-625-6429-26-0.

4. Atabey E. Deprem. Ankara: Maden Tetkik ve Arama Genel Müdürlüğü Yayınları; 2000. Eğitim Serisi No: 34.

5. Marangoz M, İzci Ç. Doğal afetlerin ekonomik, sosyal ve çevresel etkilerinin 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler bağlamında girişimciler açısından değerlendirilmesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 2023;24(52):1-30. doi: 10.54688/ayd.3091756.

6. World Health Organization. Earthquakes. *WHO*. 2022. [Erişim tarihi: 27 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://www.who.int/health-topics/earthquakes.

7. Dilekli Karatay Z, Çilmi M. Deprem sonrası yaşanan zorunlu göç ve istihdam problemi. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*. 2024;15(1):314-333. doi: 10.54688/ayd.1404876. [Erişim tarihi: 27 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://dergi-link.com.

8. Sağıroğlu AZ, Ünsal R, Özenci F. Deprem sonrası göç ve insan hareketlilikleri: Durum değerlendirme raporu. *AYBÜ-GPM Rapor Serisi-15*. 2023. ISBN: 978-625-00-8783-1, E-ISBN: 978-605-4929-28-3. [Erişim tarihi: 27 Ocak 2025]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/369040134.

9. Türk Dil Kurumu. Göç. *Güncel Türkçe Sözlük*. [Erişim tarihi: 22 Şubat 2025]. Erişim adresi**:** https://sozluk.gov.tr/.

10. Varol N, Gültekîn T. Etkin bir göç faktörü: Afetler. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi, Antropoloji Dergisi*. 2016;32:43-51.

11. Ulutaşdemir N, Öztürk Çopur E, eds. Afetlerde sağlık hizmetleri I. Ankara: İksad Yayınları; 2023. ISBN: 978-625-367-505-9.

12. Türkiye İstatistik Kurumu. İç göç istatistikleri, 2023. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2024. [Erişim tarihi: 27 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ic-Goc-Istatistikleri-2023-53676.

13. Tümtaş YM, Ergun C. Göçün toplumsal ve mekânsal yapı üzerindeki etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2016;21(4):1347-1359. [Erişim tarihi: 27 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1001324.

14. Akça K, Aytekin Özdemir A. Afetlerde bebek beslenmesi ve bakımı. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;4(2):57-62. [Erişim tarihi: 27 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/189036.

15. **Silwal S, Chudal R, Dybdahl R, Sillanmäki L, Lien L, Sourander A.** Post-traumatic stress and depressive symptoms among adolescents after the 2015 earthquake in Nepal: a longitudinal study. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2022;53(3):430-439. doi: 10.1007/s10578-021-01136-3. [Erişim tarihi: 27 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-021-01136-3.

16. Fujimaki D, Tanno K, Kuno J, Shimoda H, Takusari E, Sakata K, et al. Psychological distress in children and adolescent disaster survivors. *Pediatrics International*. 2022;64(1):e15325. doi: 10.1111/ped.15325. [Erişim tarihi: 27 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ped.15325.

17. Tamam L, Demirkol ME. Anksiyete bozuklukları. In: *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*. 1st ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2019. p.1675-1677.

18. Karancı AN, Ünal Y. *Afetlerde Psikososyal Destek Rehberi*. İstanbul: T.C. İstanbul Valiliği İstanbul Proje Koordinasyon Birimi (İPKB); 2023. ISBN: 978-625-98656-2-1.

19. Yılmaz TE. *Sağlıkta afet yönetiminde aile hekimliği*. Ankara: TAHUD Yayınları; 2021. ISBN: 978-625-00-9517-1. [Erişim tarihi: 17 Şubat 2025]. Erişim adresi: https://www.tahud.org.tr/.

20. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2023 Birim faaliyet raporu [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024 Oca. [Erişim tarihi: 17 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/butce-ve-projeler-db/Dokumanlar/bfr2023.pdf.

20. Yayla ME, Gümüştakim RŞ, Ayhan Başer D. Quality of life and post-traumatic stress disorder among elderly earthquake survivors: a focus on the February earthquake in Turkey. *Psychogeriatrics*. 2024. doi: 10.1111/psyg.13201.

21. Cao X, Chen L, Tian L, Jiang X. Psychological distress and health-related quality of life in relocated and nonrelocated older survivors after the 2008 Sichuan earthquake. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2015;9(4):271-277. doi: 10.1016/j.anr.2015.04.008.

22. Xu J, Wu Z. One-year follow-up analysis of cognitive and psychological consequences among survivors of the Wenchuan earthquake. *Int J Psychol*. 2011;46(2):144-152. doi: 10.1080/00207594.2010.529908.

23. Cao X, Chen L, Tian L, Jiang X. Psychological distress and health-related quality of life in relocated and nonrelocated older survivors after the 2008 Sichuan earthquake. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2015;9(4):271-277. [Erişim tarihi: 29 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976131715000663/fulltext.

24. Shakya S, Basnet S, Paudel J. Natural disasters and labor migration: evidence from Nepal's earthquake. *World Dev*. 2022;151:105748. doi: 10.1016/j.worlddev.2021.105748.

25. Ghazanchaei E, Khorasani-Zavareh D, Aghazadeh-Attari J, Mohebbi I. Identifying and describing impact of disasters on non-communicable diseases: A systematic review. *Iran J Public Health*. 2021;50(6):1143-1155. doi: 10.18502/ijph.v50i6.6413.

26. Yıldırım E, Güdücü N. The investigation of quality of life and post-traumatic stress disorder levels of midwifery students experiencing an earthquake. *Disaster Med Public Health Prep*. 2025 Jan 3;18:e328. doi: 10.1017/dmp.2024.330.

27. Sharma A, Kar N. Posttraumatic stress, depression, and coping following the 2015 Nepal earthquake: a study on adolescents. *Disaster Med Public Health Prep*. 2019 Apr 1;13(2):236-242. [Erişim tarihi: 27 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/abs/posttraumatic-stress-depression-and-coping-following-the-2015-nepal-earthquake-a-study-on-adolescents/458494843BEAFF59A8906E152BFEF930.

28. Aslan B, Önal Ö. Prevalence of probable post-traumatic stress disorder among survivors of the 2023 earthquakes in Türkiye. *East Mediterr Health J*. 2024 Sep 1;30(9):622-631. doi: 10.26719/2024.30.9.622.

29. Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. 'Major Depresif Bozukluk' tanımı, etiyolojisi ve epidemiolojisi: bir gözden geçirme. *J Contemp Med*. 2016;6(1):51-66.

30. Draper A, Marcellino E. An early intervention framework for the emotional health and wellbeing of unaccompanied minors. In: Bhugra D, Bhui K, Wong

S, Gill S, editors. *Oxford textbook of migrant psychiatry*. Oxford Textbooks in Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2020. p. 589-595. doi: 10.1093/med/9780198833741.003.0068.

31. Yan B, Lo RSK, Chow AYM. The role of post-loss anxiety in the development of depressive symptoms and complicated grief symptoms: a longitudinal SEM study. *J Affect Disord*. 2021;281:649-656. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.096.

32. Ulusoy S, Celik Z, Guleryuz A, Esgibag HC, Yavuz KF. Prevalence and risk factors of PTSD, depression, and grief among survivors of 2023 Türkiye earthquake. *J Nerv Ment Dis*. 2024 Oct 1;212(10):541-548. [Erişim tarihi: 27 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2024/10000/prevalence_and_risk_factors_of_ptsd,_depression,.5.aspx.

33. Yıldız B, Akkoyun AZ. Deprem sonrası psikiyatrik destek. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2023;8(2):817-820.

34. Keya TA, Leela A, Habib N, Rashid M, Bakthavatchalam P. Mental health disorders due to disaster exposure: a systematic review and meta-analysis. *Cureus*. 2023 Apr 2;15(4):e37031. [Erişim tarihi: 27 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10153020/.

35. Türkiye Psikiyatri Derneği. Yaygın anksiyete bozukluğu. *Türkiye Psikiyatri Derneği*; [Yayın tarihi bilinmiyor]. [Erişim tarihi: 23 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://www.psikiyatri.org.tr/.

36. Sert Eteman F. Türkiye'de iller arası göçlerin karmaşık ağlar ile analizi [doktora tezi]. Bursa: Bursa Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2021.

37. Çakır Ö, Atalay G. Afetlerde özel gereksinimli grup olarak yaşlılar. *Resilience*. 2020;4(1):169-186. doi: 10.32569/resilience.630540.

38. Şevik AE. Deprem ve yaşlılık: psikososyal bir bakış. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2023;16(1):49-57. doi: 10.46414/yasad.1292526. [Erişim tarihi: 17 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** http://dergipark.gov.tr/yasad.

39. Yılmaz L, Kara F, Keskinkılıç B, Ekinci B, Altunay ZÖ. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kronik Hastalık İzlemi Saha Uygulama Çalışması (İstanbul, Ankara, Erzurum). *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü*; 2015. [Erişim tarihi: 17 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/haberler/Birinci_Basamak_Saglik_Hizmeti_Kronik_Hastalik_Izlemi_Saha_Uygulama_Calismasi.pdf.

40. Kara İ, Eser Ü. Kronik hastalıklar ve aile hekimliği. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2015;(1):55-58. [Erişim tarihi: 17 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://www.smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/AH-kronik%20hast1486667615.pdf.

41. Ford ES, Mokdad AH, Link MW, Garvin WS, McGuire LC, Jiles RB, et al. Chronic disease in health emergencies: in the eye of the hurricane. *Prev Chronic Dis*. 2006;3(2):A46. [Erişim tarihi: 29 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563956/.

42. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-Finding Instruments for Depression: Two Questions Are as Good as Many. J Gen Intern Med [Internet]. 1997 [cited 2025 Jan 15];12(7):439. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1497134/

43. Redwood-Campbell L, Abrahams J. Primary health care and disasters—the current state of the literature: what we know, gaps and next steps. *Prehosp Disaster Med*. 2011;26(3):184-191. doi: 10.1017/S1049023X11006388. [Erişim tarihi: 29 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/abs/primary-health-care-and-disastersthe-current-state-of-the-literature-what-we-know-gaps-and-next-steps/791DA19942FD88850BDF2E8598F19B58.

44. World Health Organization. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva: World Health Organization; 2008. **Erişim adresi:** https://www.who.int/publications/i/item/9789241563734.

45. Willson KA, FitzGerald GJ, Lim D. Disaster management in rural and remote primary health care: a scoping review. *Prehosp Disaster Med*. 2021;36(3):362-369. doi: 10.1017/S1049023X21000200. [Erişim tarihi: 29 Ocak 2025]. **Erişim adresi:** https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/abs/disaster-management-in-rural-and-remote-primary-health-care-a-scoping-review/50DC3E4F3D106D95C01AEE944544F292.

46. Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC). *Global report on internal displacement 2023*. Geneva: IDMC; 2023. [Erişim tarihi: 17 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2023/.

47. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 991; 2015. [Erişim tarihi: 15 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-

hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Periyodik_Muayene_Rehberi.pdf.

48. Sarı YE, Kokoğlu B, Balcıoğlu H, Bilge U, Çolak E, Ünlüoğlu İ. Turkish reliability of the Patient Health Questionnaire-9. *J Biomed Res*. 2016;Special Issue:S460-S462. [Erişim tarihi: 15 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://www.researchgate.net/publication/312136274.

49. Pilling S, Anderson I, Goldberg D, Meader N, Taylor C. Depression in adults, including those with a chronic physical health problem: summary of NICE guidance. BMJ [Internet]. 2009 Oct 31 [cited 2025 Jan 15];339(7728):b4108. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3230232/

50. Çelik M, Limnili G, Güldal AD. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *J Turk Fam Physician*. 2019;10(4):163-172. doi: 10.15511/tjtfp.19.00463. [Erişim tarihi: 15 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://turkishfamilyphysician.com/makaleler/arastirma/birinci-basamak-saglik-hizmetlerinin-degerlendirilmesi/.

51. Kalaycı GJ, Şimşek Yurt N. Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası Samsun iline göç eden depremzedelerin sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2024;18(2):188-195. doi: 10.21763/tjfmpc.1431691. [Erişim 15 Şubat 2025]. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjfmpc/issue/84759/1431691.

52. Nohara M. Impact of the Great East Japan Earthquake and tsunami on health, medical care and public health systems in Iwate Prefecture, Japan, 2011. *West Pac Surveill Response J*. 2012 Dec 23;2(4):24-30. doi: 10.5365/WPSAR.2011.2.4.002. [Erişim tarihi: 16 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3729067/.

53. Umberson D, Karas Montez J. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *J Health Soc Behav*. 2010;51(Suppl):S54-S66. [Erişim tarihi: 15 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20943583/.

54. Erdem R, Pirinçci E. Sağlık hizmetlerinde kullanım ve kullanımı etkileyen faktörler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2003;20(1):39-46. [Erişim tarihi: 15 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/189036.

55. Okoronkwo IL, Onwujekwe OE, Ani FO. The long walk to universal health coverage: patterns of inequities in the use of primary healthcare services in Enugu, Southeast Nigeria. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:132. doi: 10.1186/1472-6963-14-132.

56. Cassell A, Edwards D, Harshfield A, Rhodes K, Brimicombe J, Payne R, Griffin S. The epidemiology of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*. 2018;68(669):e245-e251. doi: 10.3399/bjgp18X695465. [Erişim tarihi: 15 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://bjgp.org/content/68/669/e245.

57. King RV, Polatin PB, Hogan D, Downs DL, North CS. Needs assessment of Hurricane Katrina evacuees residing temporarily in Dallas. *Community Ment Health J*. 2016;52(1):18-24. doi: 10.1007/s10597-015-9938-5. [Erişim tarihi: 16 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-015-9938-5.

58. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*. 2016;46(2):327-343. [Erişim tarihi: 16 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26511595/.

59. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27:78-91. [Erişim tarihi: 15 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15958429/.

60. Wang PS, Gruber MJ, Powers RE, Schoenbaum M, Speier AH, Wells KB, et al. Disruption of existing mental health treatments and failure to initiate new treatments after Hurricane Katrina: September 2007. *Am J Psychiatry*. 2007;165(1):34-41. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07030502. [Erişim tarihi: 16 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2248271/.

61. Çakmak H, Ocaktan ME, Akdur R. Doğal Afetler, Eşitsizlikler ve Sağlık Sonuçları. Akın A, editör. Eşitsizlikler ve Sağlık Sonuçları. 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*; 2018. p.88-94.

62. Jhung MA, Shehab N, Rohr-Allegrini C, Pollock DA, Sanchez R, Guerra F, et al. Chronic disease and disasters: medication demands of Hurricane Katrina evacuees. *Am J Prev Med*. 2007;33(3):207-210. [Erişim tarihi: 16 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** http://www.ajpmonline.org/article/S0749379707003066/fulltext.

63. World Health Organization. Providing mental health support in humanitarian emergencies: an opportunity to integrate care in a sustainable way [Internet]. Geneva: WHO; 2021 Dec 17. [Erişim tarihi: 17 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/providing-mental-health-support-in-humanitarian-emergencies-an-opportunity-to-integrate-care-in-a-sustainable-way.

64. Krishnan RR. Major depression in adults: epidemiology. In: Roy-Byrne PP, Swenson S, Solomon D, editors. *UpToDate*. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2024 Nov 22. [Erişim tarihi: Ocak 2025].

65. Boztaş MH, Aker AT, Munir K, Çelik F, Aydın A, Karasu U, Aktan Mutlu E. 2011 yılı Van-Erciş depremi sonrası yetişkinlerde travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2019;22(4):380-388. doi: 10.5505/kpd.2019.62534.

66. Özden MŞ. Depreme bağlı travmatik stres ve depresyon belirtilerinin göç ve sosyal destek kaybı ile ilişkisine yönelik çok faktörlü bir inceleme [yüksek lisans tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.

67. Sankar D, Joseph J, Benny G, Nambiar D. Of primary health care reforms and pandemic responses: understanding perspectives of health system actors in Kerala before and during COVID-19. *BMC Prim Care*. 2023;24:59. doi: 10.1186/s12875-023-02000-0.

68. World Health Organization. Breast cancer now most common form of cancer: WHO taking action [Internet]. Geneva: WHO; 2021 Feb 3. [Erişim tarihi: 17 Şubat 2025]. **Erişim adresi:** https://www.who.int/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action.

69. Babaoğlu AB, Büyüközmen E, Can FE. İzmir'de toplumda kanser tarama testleri farkındalığı ve bireylerin kanser tarama testlerine katılımını etkileyen faktörler. Med J West Black Sea 2021;5(2):173-181. doi:10.29058/mjwbs.853692.

70. Bekdemir Ak Ö, Gençtürk N, Şen E. Türk toplumunun ulusal kanser tarama programları konusunda bilgi ve davranış düzeylerinin belirlenmesi: Kesitsel bir çalışma. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi* 2024;6(2):77-86. doi: 10.33308/2687248X.202462338.

7. EKLER

EK1

ARAŞTIRMA ONAM FORMU

Katılımcının Beyanı:

Çalışma Başlığı:
6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Merkezli Deprem Sonrası İstanbul'a Göç Eden Depremzedelerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kullanım Durumlarının Değerlendirilmesi

Araştırmacılar:
Prof. Dr. Gülru Pemra Çöbek Ünalan
Asist. Dr. Sevgi Çitil

Bu araştırma, 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen Kahramanmaraş merkezli iki büyük deprem ve artçı depremler sonrasında İstanbul'a göç eden depremzedelerin birinci basamak sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarını incelemeyi amaçlamaktadır. Deprem öncesinde ve sonrasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin nasıl kullanıldığını, kronik hastalık takiplerinin nasıl yapıldığını, koruyucu hekimlik hizmetlerine nasıl erişildiğini ve bunların deprem sonrası nasıl etkilendiğini araştırmaktayız. Ayrıca, katılımcıların depresyon tarama sonuçlarına da yer verilecektir.
Bu çalışmada, İstanbul'a 6 Şubat 2023 depremi sonrasında göç eden ve birinci basamak sağlık hizmetlerine erişen depremzedelerle yapılacak telefon görüşmeleri ile veri toplanacaktır. Katılımcılara, sosyodemografik bilgiler, sağlık geçmişi ve birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim sıklığı hakkında sorular sorulacaktır. Depremzedelerin kronik hastalık takipleri, aşılar, gebe takipleri, taramalar gibi hizmetlere erişim durumu değerlendirilecektir.
Çalışmaya, İstanbul'daki kamu hastanelerine başvuran 18 yaş ve üzeri depremzedeler katılacaktır. Katılımcılar, hastane kayıtları üzerinden tespit edilerek, belirli bir zaman diliminde telefonla aranacaktır.
Çalışma sırasında elde edilen tüm bilgiler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak ve katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Katılımcıların kişisel bilgileri ve sağlık durumu yalnızca araştırma ekibi tarafından bilinecek ve hiçbir şekilde üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Katılımın Gönüllü Olması:
Bu çalışma tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcılar, çalışmaya katılmaya karar verdiklerinde herhangi bir zarar görmeyeceklerdir. Katılım tamamen isteğe bağlıdır ve herhangi bir zamanda katılımcı, neden belirtmeksizin çalışmadan ayrılma hakkına sahiptir.

Riskler ve Faydalar:
Bu araştırmada herhangi bir fiziksel risk bulunmamaktadır. Katılımcılar yalnızca telefonla görüşme yapacak ve anketi dolduracaklardır. Katılımcılar, sağlık hizmetlerine erişim hakkındaki sorulara verdikleri cevaplarla kendi sağlık durumlarına dair faydalı bilgi edinme fırsatına sahip olabilirler.

İletişim Bilgileri:
Araştırmaya dair herhangi bir sorunuz veya endişeniz olduğunda aşağıdaki iletişim bilgileri üzerinden araştırma ekibi ile iletişime geçebilirsiniz:

- Prof. Dr. Gülru Pemra Çöbek Ünal
- Asist. Dr. Sevgi Çitil

ARAŞTIRMA İÇİN GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no):

Tarih: _____

EK2 6 Şubat Depremi Nedeni İle İstanbul'a Göç Etmiş Depremzedelerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımının Değerlendirilmesi

İsim-soyisim **1.)**Yaş :
Adres:
Telefon:
2.) Cinsiyet: a.) Kadın b.) Erkek
3.) Medeni durum: a.) Evli b.) Bekar c.) Boşanmış/dul
4.) Çocuğunuz var mı? b.) Hayır
a.) Evet …… ise kaç tane

(KADIN HASTALARA) ŞUANDA GEBE MİSİNİZ?? a.) Evet b.) Hayır
5.) Mesleğiniz nedir?.....

6.) Eğitim durumu: a.) okur yazar değil b.) okur yazar
c.) İlkokul d.) Ortaokul e.) Lise f.) Üniversite g.) Yüksek lisans/Doktora

7.) Düzenli gelir kaynağınız aşağıdakilerden hangisinde tarif edilmektedir.
a.) Düzenli maaş b.) Emekli maaşı
c.) Kira geliri d.) Birikimler/yatırım fonları
e.) Çiftçilik ve/veya hayvancılık f.) Serbest meslek/ticaret/kendi işim
g.) Nafaka h.) Miras
ı.) Depremzedeler için destek fonları/bağışlar
i.) Diğer….
8.) Şu anki, aylık geliriniz deprem öncesine göre ; a) azaldı b)değişmedi c) arttı

9.) Hanenizin toplam geliri;
a) tam 1 asgari ücret ya da onun altında kalır b.) 1-2 asgari ücret
c.) 2-3 asgari ücret d.) 3-4 asgari ücret
e.) 4-5 asgari ücret f.) >5 asgari ücretten fazla

10.) İstanbul'a göç ettikten sonra nerede yaşıyorsunuz?
a.) kendi evimde b.) kira c) yurt veya konuk evi
d.) çocuklarımın/ailemin/bir yakınımın yanında kalıyorum
e.) otel f.) diğer

11.) Aynı hanede kaç kişi yaşıyorsunuz?
a.) hiç kimse b.)1-2 c.)3-4 d.) 5-6 e.)6'dan daha fazla

12.) Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
a.) Yalnız b.) Çekirdek aile c.) Geniş aile d.) Arkadaşları ile e.) Yurtta veya konuk evinde

13.) Beraber yaşadığınız bireyler arasında sağlık bakımının evde bakım ihtiyacı olan kimse var mı?
a.) Evet kaç kişi b.) Hayır

14.) Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? Evet/ Hayır
(Belirtiniz :……..……)

15.) Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Evet /Hayır
(Belirtiniz:…..……...)
16.) Deprem öncesi hastalık takibiniz (VARSA) Nereden hizmet alıyordunuz?
a.) Aile sağlığı merkezi b.) Devlet hastanesi ilgili branş poliklinikten.
c.) Özel hastaneden ilgili branş poliklinikten. d.) Deprem sonrası takip edilmiyor.
e.) Kendim takibini yapıyordum. f.) Diğer……

17.) Depremden önce aile hekiminizi biliyor muydunuz? a.) Evet b.) Hayır
18.) Evet ise Depremden önce ne sıklıkla aile sağlığı merkezine başvururdunuz? (Sıfır:hiç)

A Hiç gitmedim
B Yılda 1 veya daha az
C Yılda 1 defa
D Yılda 2-3 defa
E Yılda 4-5 defa
F Yılda 6 veya daha fazla
G Ayda 1 den fazla

19.) Aile hekimine (depremden ÖNCE) Son 6 ayda kaç kez gittiniz?

20.) Aşağıdaki hizmetlerin hangilerini aile sağlığı merkezi/sağlık ocağı/aile hekimliği tarafından sunulmaktadır? Ve aile hekiminizden hangi hizmetleri alıyorsunuz? (Aile hekiminizden aşağıdaki seçeneklerden birden fazla hizmet aldığınızı düşünüyorsanız hizmet alıyorum kısmından birden fazla seçenek seçebilirsiniz.)
(E: evet H: hayır)

VERİLEN HİZMETLER	Evet	Hayır	Hizmet alıyorum	Hizmet almıyorum
TETKİK HİZMETLERİ (Hemogram, biyokimya, Elisa, idrar tahlil, vs)				
KANSER TARAMASI (Mamografi,Smear,GGK,)				
YENİDOĞAN TAKİBİ (Topuk Kanı, işitme Testi, GKD)				
KRONİK HASTALIK TAKİBİ Kan Basıncı Ölçümü,				
Kilo Takibi,				
Kan Şekeri Takibi,				
Kolesterol ölçümü				
YAŞLI SAĞLIĞI TAKİBİ (Kısa Mental Durum Değerlendirmesi, Denge ve Yürüme Değerlendirilmesi, Temel Günlük Aktiviteleri, MNA				

VERİLEN HİZMETLER	Evet	Hayır	Hizmet alıyorum	Hizmet almıyorum
KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ Gebe-Lohusa Takipleri				
Bebek-Çocuk İzlemleri				
Aşılama Hizmetleri (Her yaş için)				
BİRİNCİ BASAMAK TANI-TEDAVİ-TAKİP (Muayene,Reçete Yazma)				
AİLE PLANLAMASI (Aile planlama yöntemleri, RİA takılması/ Çıkarılması, kondom verilmesi				
EVDE VEYA GEZİCİ/YERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ				
HASTALARIN SEVKİ VE TAKİBİ (nasıl? Konsültasyon notu)				
SAĞLIK RAPORU (Evlilik, ehliyet, iş göremezlik) İşe Giriş Raporu				
SİGARA BIRAKTIRMA DANIŞMANLIĞI ve/veya tedavisi				
Sağlıkla ilgili herhangi bir konuda danışmanlık hizmeti (Örn:Beslenme/Egzersiz Danışmanlığı)				

21.) Depremden önce/sonra tedavi gerektiren psikiyatrik hastalık geçirdiniz mi? Evet / Hayır
(
Belirtiniz:…..……
……...)

22.) Önceki iki haftada kendinizi bitkin, çökkün ya da umutsuz hissettiniz mi?
a.) Evet b.) Hayır

23.) Önceki iki haftada daha önce yaptığınız şeylere karşı ilginizde ve aldığınız zevkte azalma oldu mu?
a.) Evet b.) Hayır

24.) Son 1 ayda akut bir sağlık probleminiz oldu mu?
(öksürük, nefes darlığı, kaşıntı, akıntı,ruhsal bir problem vs.)

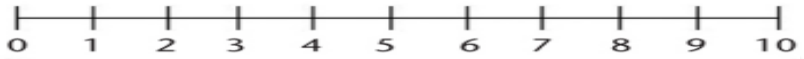
HAYIR
EVET, EVET İSE NEDİR?

25.) Sağlık probleminiz olduysa ne yaptınız?
a.) Kendi kendine bakım
b.) Aile/ arkadaşları ile konuşma
c.) Tanıdık sağlık çalışanına danışma
d.) Doktora gitme / sağlık kurumuna gitme

26.) Hangi doktora gittiniz?
a.) AİLE HEKİMİ -SAĞLIK OCAĞI
b.) DEVLET HASTANESİ
c.) ACİL POLİKLİNİK
d.)ÖZEL HASTANE
e.) DİĞER

27.) İstanbul' a YERLEŞTİKTEN sonra **doktora gitmeyi** düşündürecek herhangi bir sağlık sorununuz oldu mu? Nereye başvurdunuz?
a.) Hayır
b.) Evet

28.) İstanbul' a geldikten sonra bir **aile hekimine gitmeye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz**? (sıfır ile 10 arasında bir değer vermeniz gerekmektedir)



29.) İstanbul' a YERLEŞTİKTEN sonra aile hekimine gittiniz mi?
a) Evet b) Hayır

Evet ise neden?

29.) Yeni yerleşim yerinizde aile hekiminizi biliyor musunuz? a.) Evet b.) Hayır

(Cevabınız **EVET** ise aşağıdaki soruları cevaplayınız. Cevabınız **HAYIR İSE 32. Soruya** geçiniz**.)????**
--Hangi hizmeti almak için başvurdunuz?

30.) İstanbul' a geldikten sonra aile hekimine kaç kez başvurdunuz?
(Sayı ile belirtiniz(sıfır=hiç)
a Ayda1 den fazla b.) 1-2 ayda 1 defa
c 3-4 AYDA 1 defa d.) 5-6 ayda1 defa e.) Hiç başvurmadım.

31.) Aile hekimine (depremden sonra) son 6 ayda kaç kez gittiniz?

32.) İstanbul' a geldikten sonra yeni aile hekiminize nasıl ulaştınız?
a.) yakınlarım/komşularım/arkadaşlarım tavsiyeleri ile
b.) kendim
c.) aile hekimliği/ toplum sağlığı merkezi/ilçe sağlık müdürlüğü vb.
d.) istedim ulaşamadım
e.) ihtiyacım olmadı

33.) 25. SORUYA CEVABINIZ HAYIR İSE SİZİN AİLE HEKİMLİĞİ MÜPEAH AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI TARAFINDAN VERİLMESİNİ İSTER MİSİNİZ?

a.) Evet b.) Hayır

Etik Kurul Onayı