

Afetlerde Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu

Nuriye Dinç¹

Yeltekin Demirel²

Özet

Afetler, sağlık sistemleri üzerinde yalnızca travma ve acil müdahale gereksinimleriyle sınırlı olmayan; birinci basamak hizmetlerinin sürekliliğini, kronik hastalık yönetimini, koruyucu sağlık hizmetlerini, ruh sağlığı desteğini, ilaç ve aşı erişimini, sevk zincirini ve toplum temelli sürveyansı da etkileyen çok boyutlu olaylardır. Bu nedenle afetlerde sağlık hizmetlerinin organizasyonu, hastane ve acil sağlık hizmetleriyle sınırlı olmayan, birinci basamağı merkeze alan bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Aile hekimliği sistemi, kayıtlı nüfus temelli yapısı sayesinde kırılğan grupların önceden belirlenmesi, hizmet sürekliliğinin sağlanması, temel sağlık gereksinimlerinin izlenmesi ve toplumla güven ilişkisi kurulması açısından önemli bir avantaja sahiptir. Afet öncesinde hazırlık ve risk azaltma; afet sırasında triyaj, temel hizmetlerin sürdürülmesi ve sevk zincirinin işletilmesi; afet sonrasında ise izlem, iyileşme ve koruyucu hizmetlerin yeniden yapılandırılması birinci basamağın temel işlevleri arasındadır. Türkiye’de afetlere dirençli bir sağlık sistemi için aile hekimliği ve birinci basamak hizmetleri, afet yönetim döngüsünün başlangıcından itibaren planlamaya dâhil edilmelidir.

1. Giriş ve Kavramsal Çerçeve

Afetler, sağlık sistemleri üzerinde ani, çok boyutlu ve çoğu zaman uzun süreli etkiler oluşturan olaylardır. Bu etkiler yalnızca travma, yaralanma ve acil müdahale gereksinimleriyle sınırlı değildir; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekliliğini, kronik hastalık yönetimini, koruyucu hizmetleri, ruh sağlığı desteğini, ilaç ve aşı erişimini, sevk zincirini ve toplum düzeyinde sağlık risklerinin izlenmesini de doğrudan etkiler. Bu nedenle afetlerde sağlık

1 Uzm. Dr., Şehit Ömer Güney Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Birimi No: 58.01.032, eposta: nuriye.dinc@saglik.gov.tr, ORCID ID: 0000-0003-4770-442X

2 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, eposta: ydemirel@cumhuriyet.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-6105-0293

hizmetlerinin organizasyonu, yalnızca hastane kapasitesi ve acil sağlık hizmetleri üzerinden değil, toplumun değişen sağlık gereksinimlerine yanıt verebilen bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, afet yönetiminde stratejik bir konuma sahiptir. Literatürde bu önemin giderek daha fazla vurgulanmasına karşın, birinci basamağın afet süreçlerindeki rolünün her zaman açık ve sistematik biçimde tanımlanmadığı görülmektedir. Aile hekimliği sisteminin tanımlı nüfusa dayalı yapısı; risk gruplarının önceden belirlenmesi, hizmet sürekliliğinin korunması, koruyucu hizmetlerin sürdürülmesi ve kurumlar arası koordinasyonun güçlendirilmesi açısından önemli bir avantaj sağlar. Bu bölümde afetlerde birinci basamak ve aile hekimliğinin rolü; hazırlık, yanıt, iyileşme, toplum temelli izlem, bilgi yönetimi, sürveyans, koordinasyon ve Türkiye bağlamı üzerinden ele alınacaktır (Freedy & Simpson, 2007; Redwood-Campbell & Abrahams, 2011; T. E. Yılmaz, T. Yılmaz, Örnek Büken, Özkara, & Altıntaş, 2020).

2. Afet Yönetim Döngüsünde Birinci Basamak Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, afet yönetim döngüsünün her aşamasında farklı işlevler üstlenir. Hazırlık döneminde riskli nüfusun tanımlanması ve hizmet sürekliliği planlarının oluşturulması; yanıt döneminde temel sağlık gereksinimlerinin karşılanması, triyaj ve uygun sevk zincirinin işletilmesi; iyileşme döneminde ise kronik hastalık izlemi, koruyucu hizmetlerin yeniden başlatılması, ruh sağlığı desteği, toplum temelli izlem ve sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ön plana çıkar (Redwood-Campbell & Abrahams, 2011).

2.1. Afet Öncesi Dönem: Hazırlık ve Risk Azaltma

Afet öncesi dönemde birinci basamağın temel işlevlerinden biri, toplumun sağlık gereksinimlerini ve kırılgan grupları afet gerçekleşmeden önce tanımlayabilmesidir. Aile hekimliği sistemi, kayıtlı nüfusu tanıma olanağı sayesinde yaşlılar, gebeler, bebekler, engelliler, kronik hastalığı olan bireyler, düzenli ilaç kullananlar ve sosyal açıdan dezavantajlı grupların belirlenmesini sağlar. Bu grupların önceden tanımlanması, afet sırasında kaynakların önceliklendirilmesine ve hizmetlerin hedefli biçimde sunulmasına katkıda bulunur (Yılmaz et al., 2020).

Hazırlık süreci, yalnızca bireylerin risk düzeyinin bilinmesiyle sınırlı değildir; aile sağlığı merkezi (ASM) düzeyinde hizmet sürekliliğinin planlanmasını da gerektirir. Bu kapsamda ASM'nin hangi koşullarda hizmete devam edeceği, hangi durumlarda alternatif bir hizmet alanına taşınacağı, personel görev paylaşımının nasıl yapılacağı ve hasta kayıtlarına nasıl erişileceği önceden tanımlanmalıdır. Temel ilaç ve tıbbi malzeme gereksinimleri, aşı ve soğuk

zincir güvenliği, yedek enerji kaynakları, alternatif iletişim kanalları, mobil ekip bağlantıları ve riskli nüfusun izlenmesine yönelik düzenlemeler de bu planın temel bileşenleri arasında yer almalıdır. Bu yönüyle hizmet sürekliliği planı yalnızca kurumun açık kalmasına yönelik teknik bir plan değil, nüfus temelli sağlık gereksinimlerinin yönetilmesine yönelik bir organizasyon planıdır (Lamberti-Castronuovo, Valente, Barone-Adesi, Hubloue, & Ragazzoni, 2022; LeBlanc, Murray, Staple, & Chan, 2019; Redwood-Campbell & Abrahams, 2011).

Aile hekimliği pratiğinde acil durum hazırlığına ilişkin çalışmalarda da risk değerlendirmesi yapılması, acil ekipman ve ilaçların hazır bulundurulması, personel rollerinin belirlenmesi ve hazırlık planlarının düzenli olarak gözden geçirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (LeBlanc et al., 2019). Aile hekimlerinin afet yönetimi konusundaki eğitim ve farkındalığı da hazırlık sürecinin önemli bileşenlerinden biridir. Literatürde aile hekimlerinin afetlerde ön safta görev alabileceği, ancak afet tıbbi eğitimi, saha deneyimi ve standartlaştırılmış yeterlikler açısından eksikliklerin bulunduğu bildirilmektedir. Bu nedenle afet yönetimi, birinci basamak çalışanları için yalnızca olağan dışı durumlarda gündeme gelen bir konu değil, hizmet sürekliliğinin doğal bir parçası olarak ele alınmalıdır (LeBlanc et al., 2019; Pekez-Pavliško, Račić, & Jurišić, 2018; Son, Kise, Kaku, Obara, & Onishi, 2023; Yılmaz et al., 2020).

2.2. Afet Sırası Dönem: Yanıt, Triyaj ve Temel Hizmetlerin Sürdürülmesi

Afetin akut döneminde hastane ve acil sağlık hizmetleri ön planda olsa da birinci basamak, sistemin yükünü azaltan ve toplumun temel sağlık gereksinimlerini karşılayan kritik bir yapı olarak işlev görür. Hafif yaralanmalar, akut enfeksiyonlar, düzenli kullanılan ilaçlara erişimde kesinti, kronik hastalık alevlenmeleri, gebelik ve çocuk sağlığına ilişkin başvurular ile deri ve solunum yolu yakınmaları ilk aşamada birinci basamakta değerlendirilebilir. Böylece acil servislerin ve hastanelerin ağır ve yaşamı tehdit eden olgulara odaklanması kolaylaşır. Bu aşamada birinci basamağın temel görevlerinden biri triyaj ve sevk zincirinin doğru işletilmesidir. Aile sağlığı merkezlerinde akut göğüs ağrısı, anafilaksi, astım atağı, senkop, hipoglisemi, nöbet, travma veya ani klinik kötüleşme gibi durumlarla karşılaşılabilmesi için ASM düzeyinde acil durum planı, temel ekipman ve ilaç listesi, personel görev paylaşımı ve düzenli kontrol mekanizması bulunmalıdır. Ancak bu hazırlık, ASM'nin hastane gibi çalışması anlamına gelmez; temel amaç klinik değerlendirme yapmak, vital bulguları almak, akut riskleri belirlemek, hasta güvenliğini önceliklendirmek, gerekli stabilizasyonu uygulamak ve uygun sevk kararını zamanında vermektir. Acil sevk gerektiren hastaların birinci basamakta izlenebilecek veya

sahada yönetilebilecek hastalardan ayrıştırılması hem hasta güvenliğini sağlar hem de 112 acil sağlık hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti kapasitesi, ilaç, tıbbi malzeme ve insan gücü gibi sınırlı kaynakların daha etkin kullanılmasına katkıda bulunur (Freedy & Simpson, 2007; LeBlanc et al., 2019; Sphere Association, 2018; Yılmaz et al., 2020).

Bununla birlikte, sevk kararları yalnızca klinik bulgulara göre değil; ulaşım olanakları, ambulans erişimi, hastane kapasitesi, afetin yaygınlığı ve alternatif sağlık hizmeti noktalarının işlevselliği birlikte değerlendirilerek verilmelidir. Bu nedenle afet sırasında sevk zinciri sabit bir algoritmadan çok, sahadaki koşullara göre güncellenen dinamik bir organizasyon yapısı olarak ele alınmalıdır (Sood et al., 2016; Sphere Association, 2018; Yılmaz et al., 2020).

Bu dinamik sevk ve yönlendirme süreci, sağlık hizmetlerinin sunum biçiminin de sahadaki koşullara göre uyarlanmasını gerektirir. Afet sırasında hizmet sunum modeli; mevcut altyapının durumuna, nüfusun yer değiştirme düzeyine ve sağlık kuruluşlarının işlevselliğine göre değişebilir. Hasar görmemiş ASM'ler sabit hizmet noktaları olarak kullanılabilirken, altyapının bozulduğu veya nüfusun geçici barınma alanlarına taşındığı durumlarda geçici sağlık birimleri, mobil sağlık ekipleri ve barınma alanlarında kurulan sağlık noktaları devreye girebilir. Bu farklı hizmet yapıları, kronik hastalık izlemi, gebe-bebek-çocuk izlemleri, temel muayene, aşılama ve gerektiğinde sevk işlemlerinin sürdürülmesine katkı sağlar. Bu nedenle sabit, geçici ve mobil hizmet modellerinin afet öncesinde planlanması, afet sırasında temel sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramadan sürdürülebilmesi açısından önem taşır (Sood et al., 2016; Sphere Association, 2018).

2.3. Afet Sonrası Dönem: İyileşme ve Toplum Temelli İzlem

Afet sonrası dönem çoğu zaman akut müdahale döneminden daha uzun sürer ve toplumun sağlık gereksinimleri bu süreçte daha karmaşık hâle gelir. Barınma sorunları, hijyen koşullarındaki bozulma, sağlık kuruluşlarına erişim güçlüğü, düzenli tedaviye ve tıbbi malzemelere erişimde kesinti, ruhsal travma, kronik hastalıkların kontrolsüz kalması ve koruyucu hizmetlerin aksaması bu dönemde sık karşılaşılan sorunlardır. Bu nedenle iyileşme döneminde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve sürekliliğinin sağlanması temel öncelikler arasında yer almalıdır (Son et al., 2023).

Aile hekimliği pratiği, afet sonrası dönemde hem fiziksel hem de ruhsal sağlık sorunlarının izlenmesi açısından önemli bir konuma sahiptir. Akut enfeksiyonlar, deri ve solunum yolu yakınmaları, yaralanmalar, kronik hastalık alevlenmeleri ve ruhsal sorunlar aile hekimliği başvuruları arasında öne çıkabilir. Literatürde, afet sonrası birinci basamak kullanımının 12 ay veya daha uzun

süre artabileceği; bu dönemde fiziksel sorunların yanı sıra ruhsal sağlık gereksinimlerinin de aile hekimliği pratiğinde birlikte ele alınması gerektiği belirtilmektedir (Freedy & Simpson, 2007).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeniden başlatılması da iyileşme döneminin temel bileşenlerinden biridir. Aşılama hizmetleri, gebe-bebek-çocuk izlemleri, kronik hastalık kontrolleri, reçete ve rapor sürekliliği, bulaşıcı hastalık bildirimleri, ruh sağlığı açısından riskli bireylerin izlenmesi ve gerektiğinde sevk edilmesi bu dönemde birinci basamağın öncelikli sorumlulukları arasındadır. Birinci basamak, toplumla sürekli temas hâlinde olduğu için bireysel hasta bakımının yanı sıra toplum düzeyinde erken uyarı ve izlem işlevi de üstlenir (Redwood-Campbell & Abrahams, 2011; Sphere Association, 2018).

Afet sonrası toplum temelli izlem, yalnızca sağlık kuruluşuna başvuran bireylerin değerlendirilmesiyle sınırlı kalmamalıdır. Evde sağlık hizmeti alanlar, oksijen cihazı veya diyaliz gereksinimi olanlar, insülin kullananlar, riskli gebeler, aşı takvimi aksayan bebekler, kronik hastalığı kontrolsüz kalan bireyler ve psikososyal açıdan kırılgan gruplar için aktif ulaşım ve izlem planları oluşturulmalıdır. Bu yaklaşım, birinci basamağın yalnızca bireysel hasta bakımında değil, toplum düzeyinde erken uyarı, risk belirleme ve hizmete erişim eşitsizliklerini azaltma işlevinde de merkezi rol üstlenmesini sağlar (Freedy & Simpson, 2007; Phibbs et al., 2018; Redwood-Campbell & Abrahams, 2011; Yılmaz et al., 2020).

3. Bilgi Yönetimi, Sürveyans ve Koordinasyon

Afetlerde sağlık hizmetlerinin etkin biçimde yürütülebilmesi, yalnızca insan gücü ve fiziksel kaynakların varlığına değil, doğru, güncel ve paylaşılabilir sağlık bilgisinin sürekliliğine de bağlıdır. Nüfus hareketliliği, sağlık kuruluşlarının hasarı, elektrik ve internet kesintileri, hasta kayıtlarına erişim güclüğü ve hizmet noktalarının değişmesi sağlık bilgi yönetimini zorlaştırır. Bu nedenle birinci basamak, afetlerde hem bireysel hasta bakımının hem de toplum düzeyinde erken uyarı ve sürveyansın önemli bir bileşeni olarak ele alınmalıdır (Naidoo, Manyangadze, & Lokotola, 2022; Redwood-Campbell & Abrahams, 2011; Sood et al., 2016; Sphere Association, 2018).

3.1. Afetlerde Sağlık Bilgi Yönetimi ve Alternatif Kayıtlar

Sağlık bilgi yönetimi, afet öncesinde riskli nüfusun belirlenmesi; afet sırasında hizmet gereksinimlerinin izlenmesi; afet sonrasında ise sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması için temel bir araçtır. Aile hekimliği sistemi, kayıtlı nüfus yapısı sayesinde yaşlılar, gebeler, bebekler, engelliler, kronik hastalığı olanlar, düzenli ilaç kullananlar ve sosyal açıdan kırılgan

bireyler hakkında ön bilgi sağlar. Bu veriler, afet öncesi hazırlık planlarında ve afet sonrası öncelikli temas kurulması gereken grupların belirlenmesinde kullanılabilir (Redwood-Campbell & Abrahams, 2011; Yılmaz et al., 2020).

Afetlerde veri yönetiminin yalnızca elektronik sistemlere bağımlı olmaması gerekir. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (SBAHBS), e-Nabız, elektronik reçete, aşı takip sistemleri ve laboratuvar kayıtları hizmet organizasyonunu kolaylaştırır; ancak elektrik, internet veya sistem erişimi kesildiğinde alternatif kayıt yöntemleri gerekli hâle gelir. Temel risk grubu listeleri, kronik hastalık ve düzenli ilaç listeleri, gebe-bebek-çocuk izlem listeleri ve aşı gereksinimi olan bireyler için güvenli yedekleme sistemleri planlanmalıdır. Bu kayıtlar kişisel veri güvenliği ilkelerine uygun biçimde saklanmalı ve yalnızca görevli sağlık personeli tarafından kullanılmalıdır (Nikfard et al., 2025; Yılmaz et al., 2020).

Birinci basamak kayıtları, afetlerde hizmet kapasitesinin değerlendirilmesinde de kullanılabilir. Hangi ASM'nin açık olduğu, hangi bölgelerde nüfusun yer değiştirdiği, başvuru yoğunluğunun nerelerde arttığı, hangi ilaç ve tıbbi malzemelere ihtiyaç duyulduğu ve hangi alanlarda mobil ekip gereksinimi bulunduğu düzenli veri akışıyla izlenmelidir. Bu yönüyle bilgi yönetimi, toplumun doğru zamanda doğru sağlık hizmetine erişebilmesi açısından kritik öneme sahiptir (Sood et al., 2016).

3.2. Epidemiyolojik Sürveyans ve Risk Gruplarının İzlenmesi

Afet sonrası dönemde çevresel koşulların bozulması, kalabalık barınma alanları, temiz su ve sanitasyon sorunları, gıda güvenliği riskleri, vektör artışı ve sağlık hizmetlerine erişim güclüğü bulaşıcı hastalık riskini artırabilir. Bu nedenle birinci basamak, afet sonrası dönemde erken uyarı sağlayan önemli bir sürveyans noktasıdır. Aile hekimliği birimleri ve geçici sağlık hizmet noktalarında izlenen ishal, ateş, döküntü, solunum yolu enfeksiyonları, deri-yumuşak doku enfeksiyonları, paraziter hastalıklar, vektör kaynaklı hastalık şüpheleri ve hayvan ısırıkları düzenli olarak değerlendirilmelidir. Sürveyansın temel amacı yalnızca hastalık sayılarını kaydetmek değil; olağan dışı artışları, kümelenmeleri ve çevresel risklerle ilişkili erken sinyalleri fark etmektir. Aynı barınma alanından kısa sürede çok sayıda ishal başvurusu olması su veya gıda kaynaklı bir riske; belirli bir bölgede ateş-döküntü başvurularının artması bulaşıcı hastalık kümelenmesine; deri enfeksiyonlarının sıklaşması ise hijyen ve barınma koşullarındaki bozulmaya işaret edebilir. Bu nedenle birinci basamak sürveyans verileri, çevre sağlığı ekipleri, halk sağlığı birimleri ve saha koordinasyon ekipleriyle birlikte değerlendirilmelidir (Redwood-Campbell & Abrahams, 2011; Seynaeve et al., 2004; Sphere Association, 2018).

Risk gruplarının izlenmesi yalnızca klinik açıdan değil, eşitlik açısından da önemlidir. Afetlerden en fazla etkilenen gruplar, çoğu zaman sağlık hizmetlerine erişimde de en fazla güçlük yaşayan gruplardır. Bu nedenle sürveyans verileri yalnızca başvuru sayılarını değil, hizmete erişemeyen veya hizmete erişimde kesinti riski yüksek grupları da görünür kılabilecek biçimde değerlendirilmelidir. Evde sağlık hizmeti alanlar, oksijen cihazı veya diyaliz gereksinimi olanlar, insülin kullananlar, riskli gebeler, aşı takvimi aksayan bebekler ve psikososyal açıdan kırılabilir bireylerde ortaya çıkabilecek hizmet kesintileri, afet sonrası sağlık planlamasında öncelikli uyarı alanları olarak ele alınmalıdır (Freedly & Simpson, 2007; Phibbs et al., 2018; Redwood-Campbell & Abrahams, 2011; Yılmaz et al., 2020).

3.3. Kurumlar Arası Koordinasyon ve Risk İletişimi

Sağlık bilgisinin sahada etkili biçimde kullanılabilmesi, güçlü bir kurumlar arası koordinasyon ve risk iletişimi yapısını gerektirir. Afetlerde sağlık hizmetleri tek bir kurumun kapasitesiyle sürdürülemez (Naidoo et al., 2022; Yılmaz et al., 2020). Birinci basamak hizmetlerinin etkili çalışabilmesi için aile sağlığı merkezleri, ilçe sağlık müdürlükleri, il sağlık müdürlüğü, 112 acil sağlık hizmetleri, Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE), hastaneler, eczaneler, belediyeler, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), Kızılay, sosyal hizmet birimleri ve gerektiğinde sivil toplum kuruluşları arasında önceden tanımlanmış bir koordinasyon yapısı bulunmalıdır. Bu yapı, afet meydana geldikten sonra doğaçlama biçimde değil, afet öncesinde görev tanımları, iletişim kanalları ve karar mekanizmaları belirlenerek kurulmalıdır (Yılmaz et al., 2020).

Koordinasyonun temel amacı, hizmet tekrarını önlemek, kaynakları doğru kullanmak ve hizmet açığı olan bölgelere hızlı müdahale etmektir. Mobil ekiplerin hangi bölgeye gideceği, geçici sağlık birimlerinin nerede kurulacağı, hangi hastaların sevk edileceği, hangi barınma alanlarında sağlık taraması yapılacağı ve hangi bölgelerde çevre sağlığı riski bulunduğu ortak veri ve koordinasyon mekanizmasıyla belirlenmelidir (Naidoo et al., 2022; Sood et al., 2016).

Afetlerde bilgi yönetiminin önemli bir boyutu da toplumla açık, güvenilir ve zamanında iletişim kurulmasıdır. Afetten etkilenen bireylere hangi sağlık hizmet noktasına başvuracakları, hangi belirtilerde acil yardım isteyecekleri, temiz su ve hijyen konusunda nelere dikkat edecekleri, ilaç-reçete gereksinimlerini nasıl karşılayacakları ve aşı/çocuk izlemlerinin nerede sürdürüleceği anlaşılır biçimde duyurulmalıdır. Aile hekimliği birimleri; telefon, kısa mesaj, yerel duyurular, muhtarlar, belediye kanalları ve geçici barınma alanları aracılığıyla

güvenilir sağlık bilgisinin yayılmasına ve toplumun uygun sağlık hizmetine yönlendirilmesine katkı sağlayabilir (Naidoo et al., 2022; Nunes & Dale, 2024; Sphere Association, 2018; Yılmaz et al., 2020).

3.4. Türkiye Bağlamı, Geliştirilmesi Gereken Alanlar ve Sonuç

Türkiye; başta depremler olmak üzere sel, yangın, heyelan, aşırı hava olayları, salgınlar ve kitlesel göç hareketleri gibi farklı afet ve olağan dışı durumlarla karşılaşma riski yüksek bir ülkedir. Bu durum, Türkiye Afet Risk Azaltma Planı'nda (TARAP) da vurgulanmaktadır (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı [AFAD], 2022b). Bu nedenle afetlerde sağlık hizmetlerinin organizasyonu, yalnızca acil sağlık hizmetleri ve hastane kapasitesi üzerinden değil, toplum temelli birinci basamak hizmetlerinin sürekliliğini de içerecek biçimde planlanmalıdır (Redwood-Campbell & Abrahams, 2011).

Türkiye'de afet müdahale organizasyonu, Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) kapsamında ulusal ve yerel düzeyde çalışma grupları, koordinasyon birimleri ve modüler bir müdahale sistemi üzerinden yapılandırılmıştır. Bu yapı içinde Afet Sağlık Grubu; ilk tıbbi müdahale, halk sağlığı, tıbbi bakım, çevre sağlığı, triyaj, hasta-yaralı tahliyesi ve salgın hastalıklarla mücadele gibi görevlerden sorumlu temel yapılardan biri olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, afetlerde toplum temelli sağlık gereksinimlerinin sürdürülebilir biçimde karşılanabilmesi için birinci basamak ve aile hekimliği hizmetlerinin bu organizasyonla daha görünür ve uygulanabilir biçimde ilişkilendirilmesi önem taşımaktadır (AFAD, 2022a).

Türkiye'de aile hekimliği sisteminin tanımlı nüfusla sürekli temas hâlinde olması, afet öncesinde riskli bireylerin belirlenmesi, afet sırasında temel sağlık gereksinimlerinin izlenmesi ve afet sonrasında hizmet sürekliliğinin sağlanması açısından önemli bir potansiyel sunmaktadır. Aile hekimleri; gebeler, bebekler, çocuklar, yaşlılar, engelliler, kronik hastalığı olanlar, düzenli ilaç kullananlar, evde sağlık hizmeti gereksinimi bulunanlar ve sosyal açıdan kırılgan bireyleri afet öncesinde tanıma olanağına sahiptir. Bu özellik, hizmetlerin yalnızca başvuran bireylere değil, sağlık hizmetine ulaşmakta güçlük yaşayabilecek riskli gruplara da yönlendirilmesine katkı sağlar (Yılmaz et al., 2020). Buna karşın, birinci basamağın afet yönetimine entegrasyonu açısından bazı yapısal ve uygulamaya dönük sorunlar bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinin fiziksel dayanıklılığı, alternatif hizmet alanlarının planlanması, elektrik ve internet kesintilerine karşı hazırlık, elektronik kayıt sistemlerine erişim, soğuk zincir güvenliği, ilaç ve sarf malzeme sürekliliği, personel görevlendirmesi, eğitim ve tatbikat eksikliği ile kurumlar arası iletişim mekanizmalarının net olmaması başlıca sorun alanlarıdır (Huntington & Gavagan, 2011; LeBlanc

et al., 2019; Şahan et al., 2025; Seynaeve et al., 2004; Sphere Association, 2018; Yılmaz et al., 2020).

Türkiye’de afetlerde aile hekimliği ve birinci basamak hizmetlerinin daha etkin kullanılabilmesi için öncelikle ASM düzeyinde uygulanabilir hizmet sürekliliği planları hazırlanmalıdır. Bu planlarda ASM’nin hasar görmesi, personel eksikliği, elektrik/internet kesintisi, soğuk zincir bozulması, ilaç ve malzeme yetersizliği, hasta kayıtlarına erişim güçlüğü ve ulaşım sorunları gibi senaryolar açık biçimde ele alınmalıdır. Her ASM veya bölgesel birinci basamak birimi için alternatif hizmet alanı, görev dağılımı, iletişim zinciri, sevk noktaları, mobil ekip bağlantısı ve riskli nüfus listeleri önceden belirlenmelidir. İkinci olarak, aile hekimlerinin afet yönetimi eğitimleri güçlendirilmelidir. Bu eğitimler yalnızca teorik afet bilgisiyle sınırlı kalmamalı; triyaj, temel acil yaklaşım, hizmet sürekliliği, bulaşıcı hastalık sürveyansı, risk iletişimi, psikososyal ilk yardım, kronik hastalıkların afet koşullarında yönetimi, kırılğan grupların izlenmesi ve kurumlar arası koordinasyon gibi pratik başlıkları da içermelidir. Eğitimlerin düzenli tatbikatlarla desteklenmesi, afet sırasında rollerin daha net anlaşılmasını sağlayacaktır. Üçüncü olarak, birinci basamak kayıt sistemleri afet yönetiminde daha etkin kullanılmalıdır. Aile hekimliği kayıtları; riskli nüfusun belirlenmesi, düzenli ilaç kullanan hastaların izlenmesi, gebe ve bebeklerin takibi, aşı eksiklerinin saptanması, evde bakım gereksinimi olan bireylerin belirlenmesi ve afet sonrası aktif izlem yapılması için kullanılabilir. Ancak bu kayıtların afet ortamında kullanılabilmesi için veri güvenliği, yetkilendirme, yedekleme ve elektronik sistem kesintilerine karşı alternatif kayıt yöntemleri önceden planlanmalıdır (Huntington & Gavagan, 2011; LeBlanc et al., 2019; Sphere Association, 2018; Yılmaz et al., 2020).

Sonuç

Afetlerde sağlık hizmetlerinin organizasyonu; akut müdahale, hastane kapasitesi ve acil sağlık hizmetlerinin yönetimiyle sınırlı değildir. Afetin etkileri günler, haftalar ve aylar boyunca devam edebilir. Bu süreçte toplumun temel sağlık gereksinimleri, koruyucu hizmetler, kronik hastalık izlemi, ruh sağlığı desteği, bulaşıcı hastalık sürveyansı ve kırılğan gruplara erişim giderek daha önemli hâle gelir. Bu nedenle birinci basamak ve aile hekimliği, afet yönetiminin yalnızca destekleyici bir unsuru değil, hazırlık, yanıt ve iyileşme aşamalarının tamamında yer alması gereken temel sağlık sistemi bileşenlerinden biridir (Freedly & Simpson, 2007; Redwood-Campbell & Abrahams, 2011; Sphere Association, 2018). Afetlere dirençli bir sağlık sistemi yalnızca güçlü hastaneler ve acil müdahale kapasitesiyle değil, sürekliliği sağlanmış, toplumla bağlantısı güçlü ve veri temelli çalışan birinci basamak hizmetleriyle mümkündür. Aile hekimliği; kayıtlı nüfusu tanınması, risk gruplarına ulaşabilmesi, koruyucu

hizmetleri sürdürebilmesi, kronik hastaları izleyebilmesi, toplum düzeyinde sağlık risklerini erken fark edebilmesi ve toplumla güven ilişkisi kurabilmesi nedeniyle afetlerde sağlık hizmetlerinin organizasyonunda merkezi bir role sahiptir. Bu nedenle afet ve olağan dışı durumlara yönelik sağlık planlamasında aile hekimliği, sahada sonradan devreye sokulan yardımcı bir yapı olarak değil, afet yönetim döngüsünün başlangıcından itibaren planlamaya dâhil edilen stratejik bir bileşen olarak ele alınmalıdır (Redwood-Campbell & Abrahams, 2011; Sphere Association, 2018; Yılmaz et al., 2020).

Kaynakça

- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2022a). *Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP)*. Ankara: AFAD.
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2022b). *Türkiye Afet Risk Azaltma Planı (TARAP) 2022–2030*. Ankara: AFAD.
- Freedy, J. R., & Simpson, W. M., Jr. (2007). Disaster-related physical and mental health: A role for the family physician. *American Family Physician*, 75(6), 841–846.
- Huntington, M. K., & Gavagan, T. F. (2011). Disaster medicine training in family medicine: A review of the evidence. *Family Medicine*, 43(1), 13–20.
- Lamberti-Castronuovo, A., Valente, M., Barone-Adesi, F., Hubloue, I., & Razzoni, L. (2022). Primary health care disaster preparedness: A review of the literature and the proposal of a new framework. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 81, 103278. doi:10.1016/j.ijdr.2022.103278
- LeBlanc, C., Murray, J., Staple, L., & Chan, B. (2019). Review of emergency preparedness in the office setting: How best to prepare based on your practice and patient demographic characteristics. *Canadian Family Physician*, 65(4), 253–259.
- Naidoo, K., Manyangadze, T., & Lokotola, C. L. (2022). Primary care disaster management for extreme weather events, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 14(1), a3778. doi:10.4102/phcfm.v14i1.3778
- Nikfard, M., Dehghani Tafti, A. A., Salmani, I., Khajehaminian, M. R., Dehghan, H. R., & Khodayarian, M. (2025). Facilitators and challenges of using eHealth for primary health care delivery during disasters: A qualitative study of health care providers' perceptions and experiences. *BMC Primary Care*, 26, 376. doi:10.1186/s12875-025-03089-1
- Nunes, A. R., & Dale, J. (2024). Primary care's preparedness for extreme weather events. *British Journal of General Practice*, 74(743), 248–249. doi:10.3399/bjgp24X738249
- Pekez-Pavliško, T., Račić, M., & Jurišić, D. (2018). A questionnaire study on the attitudes and previous experience of Croatian family physicians toward their preparedness for disaster management. *Bulletin of Emergency and Trauma*, 6(2), 162–168. doi:10.29252/beat-060211
- Phibbs, S., Kenney, C., Rivera-Munoz, G., Huggins, T. J., Severinsen, C., & Curtis, B. (2018). The inverse response law: Theory and relevance to the aftermath of disasters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 916. doi:10.3390/ijerph15050916
- Redwood-Campbell, L., & Abrahams, J. (2011). Primary health care and disasters—the current state of the literature: What we know, gaps and next

steps. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(3), 184–191. doi:10.1017/S1049023X11006388

Şahan, C., Bilgin, A. C., Kılıç, B., Bulut, P., Mert, E., Kantaş, S. N., ... Erbaydar, T. (2025). Managing post-disaster primary health care: Experiences of public health professionals after the 2023 Kahramanmaraş earthquake. *International Journal of Public Health*, 70, 1608363. doi:10.3389/ijph.2025.1608363

Seynaeve, G., Archer, E., Fisher, J., Lueger-Schuster, B., Rowlands, A., Sellwood, P., ... Bering, R. (2004). International standards and guidelines on education and training for the multi-disciplinary health response to major events that threaten the health status of a community. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19(2), 17–30.

Son, D., Kise, M., Kaku, T., Obara, Y., & Onishi, H. (2023). Exploring the experiences and learning of young primary care physicians in disaster-affected areas: A qualitative study on the Great East Japan Earthquake. *Journal of General and Family Medicine*, 24(4), 268–271. doi:10.1002/jgf2.634

Sood, R. K., Bocour, A., Kumar, S., Guclu, H., Potter, M., & Shah, T. B. (2016). Impact on primary care access post-disaster: A case study from the Rockaway Peninsula. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 10(3), 492–495. doi:10.1017/dmp.2016.80

Sphere Association. (2018). *The Sphere handbook: Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response* (4th ed.). Geneva: Sphere Association.

Yılmaz, T. E., Yılmaz, T., Örnek Büken, N., Özkara, A., & Altıntaş, K. H. (2020). Awareness of family physician residents of their roles in disaster health management: A cross-sectional study in Turkey. *Primary Health Care Research & Development*, 21, e47. doi:10.1017/S146342362000047X