



Afetlerde Özel Gereksinimli Grup Olarak Yaşlılar

Özlem ÇAKIR¹, Gülseren AYDOĞMUŞ ATALAY²

Öz

Dünya nüfusu yaşlanırken bir sosyal politika aracı olarak yaşlı politikaları özel önem atfedilen konular arasında yerini almaktadır. Birleşmiş Milletler Teşkilatının İnsani Gelişme Raporları toplumda çocuklar ve engellilerin yansira yaşlıların da afetlerde ve iklim değişikliği sonucu ortaya çıkan risklerden etkilenen en kırılgan gruplar olduğunu vurgulamaktadır. Yaşlı bireyler kronik hastalıkları, fiziksel engelleri, işitme ve görme kayıpları nedeniyle, normal yaşamlarında özel ihtiyaçlarını karşılarken yardıma gereksinim duyabilmektedir. Afet-acil durumlarda örneğin sıcak ve soğuk hava koşulları ile salgın hastalık durumları kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin sağlık durumunu kötüleştirmekte, hayatlarını tehdit etmekte özel olarak korunması gereken nüfus kesimini oluşturmaktadırlar. Afet riskleri altında diğer bireylere göre daha savunmasız ve kırılgan olduklarından, acil durum ve afetlerde hazırlık, afetler sırasındaki müdahale ve afet sonrası yardım mekanizmalarında yaşlılar ülkemizde de özel olarak ele alınması gereken dezavantajlı gruplardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada yaşlı bireylerin kronik hastalıkları ve fiziksel engelleri, genç bireyler göre yavaş hareket etmelerine neden olan kırılganlıkları (hassasiyetleri) nedeniyle özel durumları karşısında geliştirilen önlemler, uygulamalar ve sonuçlarının Dünya örnekleri ışığında incelenmesi ve ülkemiz için öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada Amerika Birleşik Devletleri, Japonya'da ve Avrupa ülkelerinde belirli acil durum ve afetlerde yaşlı gruplara yönelik gerçekleştirilen hizmetler, alınan önlemler ve kurumsal yapı örnekleri incelenmektedir. Konuya yönelik ülkemizde yerel yönetimlerin, merkezi ve taşra teşkilatlarının yaşlı hizmetlerinin acil durum ve afetlerde yaşlı-duyarlı afet yönetimi planlama süreçlerinin geliştirilmesine yönelik öneriler sunulmaktadır. Sonuç olarak afet yönetimi ile uyumlu bir sosyal politika zemini her açıdan yerel afet müdahale kapasitesini ve toplumun afete dirençliliğini arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Afetlerde Yaşlılar, Dirençlilik, Kırılganlık, Özel Gereksinimli Bireyler, Sağlık Hizmetleri, Sosyal Politika, Yaşlı Politikaları.

Elderly People as a Group of Citizens with Special Requirements in Disasters

Abstract

While the world population gets older, the elderly policies as a social policy field are among the issues which are attributed special importance. The United Nations Organization's Human Development Reports emphasize that the elderly, children and disabled people in the society are the most vulnerable groups in the disasters and the risks arising from climate change. Elderly individuals may need help in meeting their specific needs in their normal lives due to chronic diseases, physical disabilities, hearing and vision loss. Emergency situation and disaster conditions worsen the health status of elderly individuals with chronic diseases and threaten their lives. In addition, the elderly population segment should be

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, İzmir,

²Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir,

*İlgili yazar / Corresponding author: ozlem.cakir@deu.edu.tr

Gönderim Tarihi / Received Date: 07.10.2019

Kabul Tarihi / Accepted Date: 15.06.2020

protected in hot and cold weather conditions. In such risk conditions, elderly people are one of the disadvantaged groups that should be handled in our country in case of emergency and disaster preparedness, intervention during disasters and post-disaster relief mechanisms because they are more vulnerable and fragile than others. In this study, it is aimed to examine the measures, practices and results which are developed to response to chronic diseases and physical barriers of elderly people, fragilities that cause them to move slowly compared to young individuals and special situations due to their sensitivities in the light of world examples and to develop a model proposal for our country. In this study, the services, measures taken and the examples of institutional structures implemented in the United States, Japan and European countries for the elderly groups in certain emergencies and disasters are examined, presented proposals for the elderly services of the local administrations, central and provincial organizations in our country.

Keywords: Elderly People in Disasters, Elderly Policies, Health Services, People with Special Needs, Social Policy, Vulnerability.

1. GİRİŞ

Günümüz dünyasında teknoloji ve sanayileşmede yaşanan hızlı gelişme ve değişimler, küresel etkiler altındaki tüm ülkelerde yaşanan ekonomik krizler, uluslararası göç ve iklim değişikliğine bağlı gelişen sorunlar ile toplumsal olarak karşılaşılan yeni riskler ve risk faktörleri ortaya çıkarmakta, bu durum da gerek doğal kaynaklı gerekse insan kaynaklı afet tiplerinde çeşitlenmelere yol açmaktadır. Küresel ısınma ile birlikte yaşanan iklim değişiklikleri, sel, şiddetli rüzgar, kuraklık, fırtına gibi doğal afet türleri içinde en yaygın görülen tür olan meteorolojik afetlere (Karaman, 2016: 13) maruziyeti artırmış, teknolojik afetler ile birlikte sonuçların daha ağır hale gelmesine sebep olmaya başlamıştır.

Bu çeşitlilik artarken, bir yandan da risk altındaki toplumun içindeki farklı grupların da özel gereksinimleri olduğu gerçeği yaşanan afetlerde ortaya çıkmaktadır. Nitekim afet risk yönetiminde mevcut geleneksel yöntemlerin, toplumların karşılaştığı yeni riskler karşısında sürdürülebilirlik ve dirençlilik bakımından yeterli olmadıkları belirtilmektedir (Okay, 2019: 59). Kırılgan grupları mekânsal açıdan ele alan bir yaklaşımda üç kategori belirlenmiş olup, riskli alanlarda yer seçen veya zorunlu olarak buralarda yaşayanlar mekânsal kırılganlık gösteren gruplar; yaşlılar, çocuklar, özel tıbbi ihtiyacı olanlar ve fiziksel veya zihinsel engeli olan bireyler fiziki koşulları nedeniyle kırılgan olan gruplar olarak tanımlanmış, göçmenler, turistler ve evsizler ise toplumsal uzaklığı nedeniyle afetlere dirençlilikte kırılgan olarak nitelendirilen üçüncü grup olmuştur (Orhan ve Keskinok, 2019). Dolayısıyla yaşlılar, fiziki veya zihinsel engeli sahip bireyler, çocuklar, kadınlar, göç halindeki topluluklar, sığınma arayanlar gibi çeşitli kesimler afetlerde zarar görebilirlik açısından daha yüksek potansiyeli olan gruplar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşlıların afetler bakımından özel gereksinimli grup olarak ele alınmasının temelinde incinebilirlik veya kırılganlık özellikleri yer almaktadır. Kişilerin yaşları, cinsiyetleri, etnik özellikleri, sağlık durumları, özgürlük halleri ya da başka konuları onların daha kolay örselenmelerine, dolayısıyla kırılgan kişi kapsamında değerlendirilmelerine neden olmaktadır (Tezel, 2015). Bu bağlamda belli bir yaşın üzerindeki bireylerin ekonomik, toplumsal, fiziksel ve sağlık faktörlerine bağlı olarak ortaya çıkan zarar görebilirlik özellikleri, onların afetlerde de özel gereksinimli gruplar içerisinde yer almalarını gerekli kılmaktadır. Yaşlı bireylerde gereksinimlilik oranının yüksek olması ve kronik sorunlar ile demans, alzheimer gibi yeni riskleri beraberinde getirmesi gibi nedenlerin dünyada yaşlıların kırılgan grup olarak yaygınlığını yükselttiği belirtilmektedir (Okay ve İnal, 2019). Genel olarak yaşlılara ilişkin yürütülen politikaların temelinde sosyal devlet ilkesi ve sosyal politikalar yer almaktadır. Çağdaş sosyal politikanın içinde afetler ve afet sonrası muhtaçlık durumlarında, sosyal

hizmet ve sosyal yardımlar, sosyal politikanın araçları arasında başı çekmektedir. Afet yönetimi ile uyumlu bir sosyal politika zemini her açıdan kurumlara ve bireylere daha faydalı olacak, risk azaltma ve zarar görebilirliğin yerel etkin afet müdahale kapasitesini ve toplumun afete dirençliliğini artırılmasına katkı sağlayacaktır.

2. YAŞLILIK TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

Yaşlılık, yaşam sürecinin; çocukluk, gençlik, yetişkinlik gibi doğal bir parçasıdır ve aynı zamanda yaşamın son evresidir. Yaşlanma ise devam eden bir süreçtir ve kalıtım, çevre, sağlık durumu ile duygulardan etkilenir (Arpacı, 2005: 16). Çalışma yaşamının da dâhil olduğu zorlayıcı bir yaşam, ekonomik sıkıntılar, kötü beslenme ve barınma gibi bazı koşullar bireyin daha hızlı yaşlanmasına neden olabilmektedir. Hastalık ve engellilik gibi olumsuz sağlık durumu yaşlanmayı hızlandırabilmektedir. Sürekli olarak acı veren olaylara ve travmatik deneyimlere maruz kalma psikolojik anlamdaki çöküntüye ve ruhsal ve fiziksel sağlığın bozulmasına olan etkisi nedeniyle erken yaşlanmaya neden olabilir. O nedenle yaşlılığı biyolojik olduğu kadar, psikolojik ve sosyal boyutları da olan bir kavram olarak görmek daha uygun bir yaklaşımdır (Can, 1990: 633). Yaşlılık bir durumu yaşlanma ise bir süreci ifade etmektedir.

Yaşlılık bir yaşamsal dönem olarak kendine özgü fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönleriyle farklılaşan bir süreçtir. Bireysel bir değişim, kişinin fiziksel ve ruhsal olarak gerilemesi, insanların sevdiklerini kaybettikleri, üretkenlikten tüketime geçtikleri, aktivite kayıplarının arttığı, başkalarına bağımlılığın arttığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Hazer, 2009: 45-46). Sağlık sorunları başta olmak üzere, fiziki yetersizlikler, yetilerde azalma hareket kabiliyetlerini kısıtlarken, bir yandan da psikolojik ve ruhsal çöküntü, sosyal dışlanma veya sosyal izolasyon sonucu ortaya çıkan bilişsel yetilerde azalma, depresyon gibi sorunların arttığı da bilinmektedir. Ekonomik açıdan çalışma gücünün yitirilmesi, sosyal güvenceden yoksunluk, gelir yetersizliği yoksulluk ve sosyal dışlanma riskini artıran etkenler olabilmektedir. Emeklilik ile belirli bir mesleki statünün yitirilmesi, ekonomik kayıp, çalışma yaşamının ilişkilerinden beslenen sosyal çevrenin yok olması, üretkenliğin düşmesi yaşlılarda yeni ve farklı bir yaşama adaptasyon sürecini olumsuz etkilemektedir. Kırılganlık savunmasızlığa yol açan yani sosyal zarargörebilirlik açısından yaşlılar günlük yaşam aktivitelerinde diğer bireylere göre özel gereksinimleri olan bir grup olarak belirlemektedir. Yaşlılığı takvim yaşı dışında fizyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarıyla değerlendirmek de mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü'nün takvim yaşındaki son yaklaşımına göre yaşlılık sınırı; 64 yaşın bitimi, 65 yaşın başlamasıdır ve yaşlılıkta 3 evre söz konusudur (DSÖ, 2019):

- 65-75 yaş arası erken yaşlılık evresi
- 75-85 yaş arası; orta yaşlılık evresi
- 85 yaş ve ötesi; ileri yaşlılık evresi

Beklenen yaşam ümidi ya da beklenen ortalama yaş kavramı da takvim yaşını ifade etmektedir. Doğuşta beklenen yaşam süresi, yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısını ifade etmektedir (TÜİK, 2019). Yapılan araştırmalar bedensel fonksiyonlar ve sistemlerde meydana gelen kayıpların 80-85 yaşlarında yoğunlaştığını, hastalıkların sayısında artış, kronik hastalıkların ortaya çıkma olasılığında yükselme, zihinsel yeteneklerde gerileme, bakım ve yardıma muhtaçlık, izolasyon ve yalnızlaşma problemlerinin arttığını göstermektedir (Tufan, 2003: 57).

Yaşam tarzı değişiklikleri, doğurganlığın azalması, tıpta yaşanan ilerlemelerin sağladığı bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve yaşlı sağlığının artması gibi gelişmeler ile birlikte yaşam

süresi uzamış, beklenen ortalama yaş yükselmiş ve dünya genelinde nüfusun yaşlı birey oranı artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü istatistiklerine göre dünya genelinde ortalama yaşam süresi 5,5 yıl uzamış, beklenen yaşam süresi ortalaması 72,4'e yükselmiştir (WHO, 2018). Doğuda beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için toplamda 78,3 yıl, erkeklerde 75,6 yıl ve kadınlarda 81 yıla çıkarken, tüm dünya bölgelerinde 60 yaş ve üstü nüfus, toplam nüfustan daha hızlı bir şekilde artmıştır. (AÇSH Bakanlığı, 2020a).

Nüfus tahminlerine göre 2019 yılı için dünyada yaşlı nüfusun 703 milyon 711 bin 487 kişi olduğu tahmin edilirken, dünya nüfusunun %9,3'ünü yaşlı nüfus oluşturduğu belirtilmiştir (AŞÇBakanlığı, 2020a). Türkiye nüfusu 2019 itibarıyla 83 milyon, yaşlı nüfus 7.550.727 ve yaşlı nüfus oranı ise %9,1'dir (AÇSH Bakanlığı, 2020a). Dünya ortalamasının altında bir ülke olarak nispeten genç bir nüfusa sahip olsak da Türkiye nüfusu da yaşlanma eğilimindedir. Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülkelerin başında Monako (33,2) ve Japonya (%28,6) gelirken, Almanya'da bu oran %22,4; İtalya'da %21,7, Estonya'da %20,2'dir (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019). Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki % 9,1 olan oranının 2080 yılına kadar % 25,6'ya çıkacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, Nüfus Projeksiyonları 2023-2080: 2018).

Sanayileşme ve kentleşmenin getirdiği değişimler yaşlılığın bir sorun olarak algılanmasına daha çok neden olmaktadır (Baybora, 2007: 8). Bu algıya en çok ekonomik yoksunluk, sağlıktaki bozulmalar, sosyal ve duygusal açıdan yaşanan problemlerde artış etki etmektedir. Bu problemler çoğu zaman birbirini tetikleyen şekilde ortaya çıkmakta, birbirinden ayrı çözüm üretmek kolay olmamaktadır. Yaşlı nüfusun küresel çapta artmasıyla, dünya üzerinde gerek fiziksel engeller gerek kronik hastalıkların getirdiği sorunlar ile yaşlılığa bağlı engellilik oranları artmış, artmaya devam etmektedir. (Help Age, 2012: 20). Yaşlılıkla birlikte, vücutta bir takım biyolojik değişimler meydana gelmektedir. Görme, işitme ve koklama gibi duyu kayıpları, denge kayıpları, eklem ağrıları, kas güçsüzlüğü, diş kayıpları, çigneme, yutma ve sindirim bozuklukları, idrar kaçırma ve sık idrara çıkma gibi boşaltım sorunları, bağışıklık sistemi zayıflamasına bağlı enfeksiyon hastalıklarına yatkınlık, eklem ve hareket kısıtlılığına yol açan romatizmal hastalıklar, metabolik, nörolojik ve bilişsel hastalıkları içeren, sürekli tedavi gerektiren kronik hastalıklarda artış gözlemlenmektedir (Yerli, 2017:1280-1283).

Yaşlı bireyler çevresel şartlara karşı daha dayanıksız olduklarından sıcak ve soğuktan daha fazla etkilenmekte, denge bozukluklarının da etkisiyle düşme eğilimi ve düşme sonucu kemik kırıkları sıkça görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü "Yaşlılıkta Düşmeyi Önleme Küresel Raporu"na göre 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık %28-35'i her yıl en az bir kez düşmektedir. Bu oran 70 yaş üstü bireyler için %32-42 ye yükselmektedir. Tedavisi ve iyileşmesi güç olan kırıklar, yaşlı bireylerde var olan kronik hastalıklar ile birleşince, ölümle sonuçlanan ciddi durumlara neden olabilmektedirler (WHO;2007:1).

Algılama, dikkat ve konsantrasyonun azalması, hafıza zayıflığı, adaptasyon zorluğu, emeklilik, rol, statü ve gelir kaybı nedeniyle kendini geri çekme, buna bağlı yalnızlık, ihmal, sosyal izolasyon, nesil farkı nedeniyle genç bireylerle iletişim güçlüğü, teknolojiyi kullanamamaya bağlı gerçekleşen haberleşme ve bilgiye ulaşamama ve tüm bu sebeplerin yol açtığı yenilik korkusu ve ontolojik güvenlik ihtiyacı, yaşlıların alışkın olduğu çevreden uzaklaşmak istememesine, her ne olursa olsun yer değiştirmeden kaçınma davranışı göstermesine neden olmaktadır (Yıldırım, 1999: 37).

2.1. Afetlerde Yaşlılık

Yaşlılık tek başına güvenlik açığı oluşturmamakla birlikte; kronik durumlar, yaşlanma sürecinin bir parçası olarak yaşanan fizyolojik, duygusal ve bilişsel değişimlerle birleştiğinde,

afet ve acil durumlarda özel gereksinimleri olan bireyler haline getirir. Yaşlı bireylerin yaklaşık %80'i afet veya büyük bir acil durum sırasında onları sağlıklı insanlardan daha savunmasız kılan en az bir kronik hastalığa, en az %50'si iki kronik hastalığa sahiptir (CDC, 2011:2). Bu nedenle yaşlılık çeşitli yeti yitimleri ve sağlıktaki bozulmaların etkisiyle özel gereksinimli birey kategorisinde yer almayı beraberinde getiren bir olgudur. Sağlıklı yaşam süresi belirli bir yaştaki kişinin ciddi veya orta dereceli sağlık sorunu olmadan yaşaması beklenen yıl sayısı olarak tanımlanmaktadır (TÜİK, 2019).Türkiye İstatistik Kurumunun yayınladığı "Hayat Tabloları" raporuna göre belirli bir yaştaki kişinin günlük hayattaki faaliyetlerini sınırlandıracak bir sağlık sorunu olmadan yaşaması beklenen yıl sayısı olarak ifade edilen sağlıklı yaşam süresi", sıfır yaşında bulunan bir kişi için Türkiye'de toplamda 58,3 yıl, erkeklerde 59,9 yıl ve kadınlarda 56,8 yıl olarak hesaplanmıştır. Ayrıca yaşlıların yalnız yaşaması durumunda afetler açısından korunmasız ve savunmasız kalma olasılıkları artmaktadır. Tek kişilik hane halklarında yaşayan yaşlı nüfusun her yıl artış gösterdiği görülmektedir. 2017 yılında toplam yaşlı nüfus içerisinde tek kişilik hane halklarında yaşayan yaşlıların oranı %18'dir. Tek kişilik hane düzenlerinde halklarında yaşayan 1.243.186 yaşlının %76,4'ü kadın, %23,6'sı erkektir (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019). Yaşlı kadınların yalnız ikamet oranının yüksekliği, konutların güvensiz ve kötü koşullara sahip olması, bağımsızlıklarını koruma sorunlarına yol açtığı gibi, yaşlılar için sunulan yardımlara daha fazla gereksinim duymalarına neden olmaktadır (Tufan, 2003: 52). Yaşlı bireyler, kronik hastalıklara ve engelliliğe bağlı olarak, günlük hayatta giyinme, yıkanma, yemek yeme gibi temel ihtiyaçlarda bakımı sağlayacak bakıcı veya aile bireyelerine, ihtiyaç duyabilirler, hareket etmek için yürüteçler, tekerlekli sandalyeler gibi desteklere veya hasta bezleri, formül mamalar, tıbbi sarf malzemeleri, oksijen makinesi, nebulizatör gibi tıbbi cihaz ve yakınlarının yardımını ve bakımını gerektiren özel gereksinimlere sahip olabilirler. Tüm bu yardıma, ilaca, bakıma bağımlılık hali, yaşlılığı, afet ve acil durum sırasında kırılğan, incinebilir veya zarar görebilir durum yaratan bir özellik olarak nitelendirmemize sebep olmaktadır.

Belirtilen nedenlerle yaşlı bireyler, afetlerin sonuçlarından orantısız şekilde daha fazla etkilenmektedir (Aldrich ve Benson, 2007: 1). İşitme veya görme sorunları, bilişsel bozulma, hareket kabiliyetinde azalma, kaynaklara sınırlı erişim, sosyal izolasyon gibi sorunlar nedeniyle desteğe ihtiyacı olan yaşlı birey; deprem, meteorolojik afetler, göç, savaş gibi afet veya acil durumlarda, acil durum talimatlarına erişmeyi, anlamayı ve yanıt vermeyi zorlaştırabilecek olay yerinden uzaklaşma, tahliye alanına ulaşma, afet sonrası dağıtılan gıda, su gibi temel ihtiyaçlara ulaşmada güçlük çektiği için, diğer bireylere göre daha fazla etkilenmektedir. 2011 Büyük Doğu Japonya Deprem, Tsunami ve Nükleer Felaketi sırasında hayatını kaybedenlerin % 56' sı ve afet sonrası ölümlerin % 89'u 65 yaş ve üstü insanlardan oluşmaktaydı (Help Age, 2013: 5). Amerika Birleşik Devletleri'nde kasırgalar, belirli aralıklarla ve öngörülebilir olaylar olarak görüldüğünden, hazırlık ve organizasyon süreçleri olduğu halde, 2005 Katrina Kasırgası Luisiana, New Orleans'ı vurduğunda, nüfusun %16'sı 60 yaşın üzerinde olmasına rağmen, ölenlerin 75'i 60 yaşın üzerinde idi (WHO, 2008:11). Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin, afetsonrasında ortaya çıkan stres, hava kirliliği, tıbbi gereksinimlere erişememe ilaca ulaşamama, beslenme ve diyet gerekliliği, barınma sorunları ve sağlık hizmetlerine erişimdeki aksamalar sebebiyle, olaydan önce kontrol altında olan kronik hastalıkları kötüleşmekte ve kontrolden çıkmaktadır. Günlük yaşamda barınma ve mekan tasarımındaki birincil öncelik taşıyan konu, kendinden veya dışarıdan gelecek tehlikelere karşı güvenlik olarak vurgulanmaktadır (Türel, 2009: 76). Afetlerde ortaya çıkan toz bulutu, volkan patlamalarında küllerin havaya karışması, yangınlar ve patlamalar sonucu zehirli ve kimyasal gazların solunması; sağlıklı yaşlı bireylerde nefes darlığı ve solunum yetmezliğine neden olabildiği gibi, astım, KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) gibi hastalıklara sahip olan yaşlı bireylerde bu sonuçlar daha ağır seyretmektedir (Shimizu ve diğ., 2007:13). Ayrıca, oksijene bağımlı yaşayan kronik

hastalığa sahip yaşlı bireyin, afet koşullarında oksijen kaynağına ulaşamaması hayatını tehdit edebilir bir sorundur.

Yaşlılıkta, bağışıklık sisteminin zayıflaması ve altta yatan kronik hastalıklara bağlı enfeksiyon hastalıklarına yatkınlık artmakta, bu duruma afet koşulları da eklenince işler karmaşık hale gelebilmektedir. Büyük Doğu Japonya Depremi sonrasında, sığınaklarda kalan yaşlı bireylerin, kalabalık ve hijyen eksikliğine bağlı toplum kaynaklı pnömöniye (zatürre) yakalanma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ohkouchi ve diğ., 2013:53).

Afetlerde, yeterli hazırlığı olmayan, kurtarıma ve tahliye nedeniyle ilaca ulaşamadığı için tedavi dozunu alamayan kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin hastalıkları ağırlaşmakta; hastalığın kontrolü için hastaneye yatış gerektiğinden kısa ve uzun dönemde hem sağlık hem sosyoekonomik sonuçları daha kötü hale gelmektedir. 2011 Büyük Doğu Japonya Depremi'nde, ilaca ulaşamayan astım hastası bireylerin semptomlarının ağırlaştığı (Ishiura ve diğerleri, 2013: 13), yaşanan stresle birlikte diyabet hastalarının kan şekeri regülasyonunun bozulduğu (Fujihara ve diğ. 2012: 562), kan basıncının kontrolden çıkmasına bağlı hipertansif sorunların arttığı (Kario, 2012:560), büyük Hanşin depremi sonrası kalp hastalığı olan bireylerde, ilaca ulaşamama ile birlikte yaşanan stresin kalp krizlerine yol açtığı tespit edilmiştir (Ogawa ve diğ., 2000: 453).

Afet sırasında yaşlı bakımını üstlenen bireyler, kendilerini kurtarma ihtiyaçları, taşıma ve hareket zorluğu nedeniyle yaşlı-engelliye koruyamaz ya da tahliye etmekte güçlük çekebilmektedirler. Tahliye ve bakım için yardıma ihtiyacı olma, yaşlı bireylerin afetlerde dezavantajlı konuma geçmesine sebep olabilmektedir. 2017 Ekim ayında Amerika Birleşik Devletleri, California'da çıkan yangın sonrası Santa Rosa yaşlı bakım tesisinde, bakım personellerinin kaçması ve elektrik kesildikten sonra çalışmayan garaj kapıları ve geçitleri yüzünden bir kısmı tekerlekli sandalyeye bağlı olan 100 civarında yaşlı sakin yangında mahsur kalmıştır. Buna karşılık, genç insanlar garaj kapılarını elle kaldırdıklarından, yangından kaçabilmişlerdir. Olay sonrasında 3 kişi hayatını kaybetmiştir (Forbes). 2017'de Harvey Kasırgası'nda, Texas Dickinson şehri La vita Bella Huzur Evi' nin, tekerlekli sandalyeye bağımlı, hareket etmek için yardıma ihtiyacı olan yaşlı sakinleri, sel suları içinde saatlerce kurtarılmayı beklemişlerdir (CNN, 2017). 11 Eylül Saldırıları sonrasında, Dünya Ticaret Merkezi'nin yakınında yaşayan yaklaşık 6.300 yaşlı yetişkin ve fiziksel engeli olan kişiler günlerce elektriksiz, yiyeceksiz yaşamış, biten ilaçlarını takviye edememiş ve dış dünyayla bağlantıları tamamen kopmuştur (Aldrich, 2008: 2).

Yaşlı bireyler, azalan sıvı alımı, ince deri altı yağ tabakası ve yaşla artan his kaybı ve kullandıkları ilaçların da etkisiyle, genç yetişkinlere göre aşırı sıcak ve soğuk hava koşullarından daha çabuk etkilenmektedirler. 2003 Avrupa Sıcak Hava Dalgası' nda, sadece Fransa'da sığağa bağlı 14.947 kişi hayatını kaybetmiştir. Ölenlerin çoğu evinde yalnız yaşayan, maddi durumu zayıf ve bakıma ihtiyacı olmayan kronik hastalığa sahip yaşlılardan oluşmaktadır (Poumadere, 2005:1491). Bürokratlar ve doktorlar da dâhil olmak üzere birçok insanın tatilde olduğu Ağustos ayında gerçekleşen afette, akrabaları tatilde olduklarından, yalnız yaşayan yaşlıların cesetleri uzun süre sahipsiz kalmıştır (Evin ve Aubertt, 2004:46; Ogg, 2005:41). Soğuk hava, izolasyon eksikliği ile birleşince, kalp-damar hastalığı olan bireylerde kalp krizi ve inmeyi tetikleyerek ölümcül olurken, kronik akciğer hastalığı olan bireylerde hava yollarının daralmasına bağlı hastalığın şiddetini artırmaktadır (Madrigano ve diğ., 2013:5). Bu sorunlar yaşlılarda uzun hastane yatışlarına ve ölümlere sebep olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), dünyayı etkisi altına alan COVID-19 enfeksiyonunun normal nüfusta %80 oranında hafif atlatılırken, 60 yaş üstü olan ve mevcut kronik hastalıkları (kardiyovasküler hastalık, kronik solunum hastalığı veya diyabet, kanser gibi) yaşayan bireylerin daha şiddetli hastalık yaşayabileceğini ve hasta olduklarında hayatı tehdit eden

sonuçlara daha yatkın olduğunu bildirmiştir (WHO, 2020:9) ABD'de bildirilen 10 ölümden 8'i 65 yaş ve üstü erişkinlerde görülmektedir (CDC,2020). Avrupa'da hayatını kaybedenlerin yüzde 95'inin 60 yaş üstü olduğu, onlardan yarısının 80 yaşının üstünde olduğu, hayatını kaybedenlerin 5'te 4'ününün kronik hastalığı olduğu ifade edilmiştir (WHO, 2020). Türkiye'de mortalite açısından yüksek riskli olarak açıklanan 65 yaşın üzerindeki yaşlı nüfus, ülkemizde sosyal ortamlardan ayrılan ilk grup olmuş, COVID-19 dışında kalan sorunları ile ilgili bakım ve tedavileri unutulması gerektiği, evde izolasyon süresince yaşlı bireyler açısından iyilik halinin bir bütün olarak ele alınması sürdürülmesi önemli olduğu, yaşlı bireylerin genel sağlık durumu, tıbbi müdahalelerden ziyade günlük yaşam aktivitelerinin niteliğinden etkilendiği belirtilmiştir (Oflaz, 2020).

Acil durum ve afetlerin yaşlı bireyler üzerindeki etkisinin ciddiyetini belirleyen faktörler, tehlikenin türüne ve şiddetine bağlı olduğu kadar, yaşlıların ve çevrelerinin özelliklerine, kültürüne ve afet yönetim sistemlerinin uygulamada etkinliğine de bağlıdır. Afet-öncesinde planlama yapılırken, yaşlı bireylerin kırılganlıkları ve afet koşullarında yaşayabilecekleri sorunlar, tüm boyutlarıyla göz önünde bulundurulmalıdır.

2.2. Yaşlı-Duyarlı Afet Yönetimi ve Uygulama Örnekleri

Afete dirençliliğin toplumun her seviyesinde artırılması ve riskin azaltılması, ülkelerin kalkınma kazanımlarını korumak ve yoksulluğu ortadan kaldırarak sürdürülebilir kalkınmaya katkı sağlanması açısından da oldukça önemlidir. Birleşmiş Milletler'in "kimseyi geride bırakma" ve "önce en gerisine ulaşma çabası" yaklaşımı; eşit, katılımcı ve kapsayıcı bir yöntem ile toplumdaki tüm dezavantajları durumları anlama, giderme ve aynı zamanda afetlere karşı toplumun güçlendirilmesini hedeflemektedir (UNDP, 2018: 4). Ülkemizin de dahil olduğu Uluslararası Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi (2015-2030) kararlarında, afet öncesi dönemde zarargörebilir toplum kesimlerinin (özel gereksinimli bireyler, kadınlar, çocuklar, yaşlılar) güçlendirilmesi, afet riskinin azaltılması, afetlere karşı reaksiyon, müdahale ve kurtarma hazırlığı sayesinde toplumun tüm kesimlerini kapsayan afete dirençliliği artırmaya vurgu yapılmıştır (UNISDR, 2015:21). Bu doğrultuda yaşlılıktan kaynaklanan kırılganlıkların azaltılması, afetin etkileri ile başa çıkma ve afetlere dirençlilik konusunda yapılacak afet yönetimi plânları, yaşlıların afetlerden etkilenmemesini veya mümkün olduğunca en az etkilenmesini sağlayacak şekilde yapılmalı, uygulamaya konulmasının önemi ortaya çıkmaktadır. (Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi 2015). Sadece afet odaklı değil günlük yaşam aktiviteleri açısından daha dezavantajlı konumda olabilen yaşlılar için yaşamsal işlevler açısından erişilebilirlik, kolaylaştırıcılık ve hoşgörü ile sağlanabilecektir. (Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 2030). Örneğin Kanada'da sabah ve akşam trafiğin yoğun olduğu saatlerde 70 yaş ve üzeri kişilerin araç kullanması yasaklanmış, diğer saatlerde ise yaşlının araba kullanımı sorun yaratmamaktadır (Türel, 2009:79). Bu şekilde pratik bir çözümle **risk azaltma** sağlanmaktadır.

Yaşlı dostu afet yönetimi uygulama basamaklarının başında, olası bir afet durumunda zarar görebilecek olan yaşlı ve özel gereksinimli diğer bireylerin, veri koruma ve paylaşma ilkelerine uyularak, çeşitli kurumlarda dağınık halde bulunan bilgilerinin (emekli kayıtları, iletişim bilgileri, medikal kayıtlar, uzaktaki akrabalarının bilgileri vb.) adrese dayalı ve ihtiyaçlarına yönelik kayıt altına alınması ve güncellenmesi çalışmaları gelmektedir. Böylece risk altındaki kırılgan nüfusun tespit edilmesi mümkün olacaktır. Bazı ülke örnekleri özel gereksinimli birey kapsamında yaşlıları kategorize ederek afetlerde en riskli gruplara özel çalışmalar yapıldığını göstermektedir.

Japonya 'da ilk kez 2005'te afetlerden daha fazla etkilenen kırılgan nüfuslara özel bir yapılanmaya gidilerek, 'Afet zamanlarında özel gereksinimli bireyler' tanımı oluşturmuş ve yaşanan afetlerle ve alınan tecrübelerle bu kavram geliştirilmiştir. Bu tanımда fiziksel

engellilik ve özel gereksinim sadece tıbbi ihtiyaçları değil, sosyal ihtiyacı olan kırılgan bireyleri de kapsamaktadır. Afet sırasında özel ihtiyaçları olan bireyler, harita modeliyle belirlenmesi ve sınıflandırılması yapılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre Tatsuki (2013: 404) tarafından önerilen bir sınıflamaya göre;

- 1-Kendi başına yürüyemeyen, temel ihtiyaçları için destek alan, evinde bakım gören hastalar
- 2-Fiziksel bozulma seviyesi 1 veya 2 olarak değerlendirilen ve / veya zihinsel özel gereksinim düzeyi A olan yaşlı bireyler,
- 3-Bekâr hane yaşlıları, yaşlı çiftler ve bekar-olmayan yaşlı ev halkı belirlenir.

Nüfusunun %19'unu 65 yaşın üzerinde olan Florida, Amerika Birleşik Devletleri'nin yaşlı nüfus oranının en fazla olduğu eyaletlerden biridir (Department of Elder Affairs Florida, 2018:1). Bölge nüfusuna uyumlu olarak yaşlı bakım tesisleri, palyatif bakım birimleri, evde bakım ajansları aynı oranda fazladır. Her yıl yaklaşan kasırga mevsimi öncesi bölgedeki tesislerin afet planları yapılmakta ve afet tipine göre tahliye ya da yerinde kalma seçenekleri belirlenmektedir. Ayrıca, fiziksel, zihinsel, bilişsel bozulma veya duyuşsal engelli olmaları nedeniyle afet durumunda tahliye ve barınma sırasında özel ihtiyaçlarını karşılamak için yardıma ihtiyaç duyacak kişilerin kayıtları her yıl Ocak ayından Mart ayına kadar tamamlanmaktadır (Florida Senate, 2018: Bölüm 252).

Afet ve acil durumlar sırasında yaşanan kaos nedeniyle savunmasız yaşlılar gerekli yardımı zamanında alamayabilmektedirler. Karaman'ın (2018) araştırma bulgularına göre "afetlere ilişkin öğrenilen dersler kapsamında verilen örneklerden biri yaşlı ve özel gereksinimli bireyin afet sırasındaki ve sonrasındaki durumu net bir şekilde ortaya konulmaktadır. Araştırmaya katılanlardan gelen bir deneyim örneği "... evimi su bastı, kendim temizledim. Sigortadan para aldım, deprem ile de karşılaştım. Annem yatalaktı, dışarı çıkartamadım. O tek başına evde kalmasın diye onu bırakamadım..." şeklindedir (Karaman, 2018: 509).

Gerekli olan ihtiyaç veya yardımların hızlı tespiti, daha önce hazırlanan kayıtların veri tabanına işlenmesi ile mümkün olacaktır. İngiltere'de olası afet durumunda müdahale edilmesi gereken huzurevi, sosyal bakım hizmetleri, çocuk esirgeme gibi kurumların bilgileri, kırılgan nüfusa (çocuk, yaşlı, görme, işitme engelli, yürüme güçlüğü, kronik hastalığı olanlar vb.) yönelik belirlenmiş tahliye ve müdahale senaryoları hazırlanmıştır (UK Cabinet Office, 2008: 1-31). Bu örnekleme aşağıda Tablo 1'de verilmektedir.

Ayrıca, tıbbi medikal kayıtların afet döneminde de ulaşılabilir olması ile yaşlı ve kronik hastalığa sahip birey, başvurduğu her sağlık biriminde günlük hayatında kullandığı ilaç, tıbbi cihaz ve tedaviye, afet döneminde de kolaylıkla erişebilecektir.

Erken uyarı, "gelmekte olan tehlike veya tehdidin, kaynağı, yeri, zamanı, şiddeti veya büyüklüğü, olasılığı, muhtemel etkileri belirlenerek, resmî kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan duyurular" olarak tanımlanmaktadır (AFAD, 2019). Erken uyarı sistemi ile oluşturulan alarm seviyeleri, kurumları, gönüllü organizasyonları ve tüm topluma yapılan duyurular ile bireyleri yaklaşan afete hazırlıklı olma konusunda bilgilendirmektedir. Afet yönetimi planlamasının erken uyarı süreçleri ile bütünleştirilmesi erken uyarı sisteminin etkin olarak kullanılmasını ve müdahalenin başarılı olmasını sağlayacaktır (Karaman, 2018: 500). Buna göre afet-acil durum planlama süreçlerini, tüm tehlikeler bakımından, farklı risklerin etkisinde bulunan toplulukların (kentsel, kırsal, etnik topluluklar, turistler ve özellikle çocuklar, yaşlılar ve tıbbi yardıma gereksinimli gibi kırılgan gruplar) özellikleri gözönüne alınarak uygulanacak eşgüdüm mekanizmalarını geliştirmek gerekmektedir.

Tablo 1. Afet Öncesinde Savunmasız Bireyleri Tespit Etmek İçin Kullanılan Genel Kayıt Örneği

Mevcut Kırılganlık	Bölge	Adres	Yetkili Kurum Bağlantısı	İletişim Sorumlusu	Tahmini Kişi	Acil durumda Tahmini İhtiyaç	Notlar
Çocuk	İlköğretim Okulu	XXX.Sokak No:X	Bölge Eğitim Müdürlüğü	Kurum Yöneticisi	300 Çocuk	Yok	Tahliye Planı Yok
	İlköğretim Okulu	ABC Sokak No:X	Bölge Eğitim Müdürlüğü	Kurum Yöneticisi	50 çocuk	Yok	Tahliye Planı yok.
Yaşlı Bireyler	Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	XYZ Sok. No:X	Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Birimi	Kurum Yöneticisi	60 Kişi	10 Tekerlekli Sandalye Kullanıcısı	Görme ve İşitme Kaybı Olanlar Mevcut. Yerinde Tahliye Planı Var
	Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	DEF sok. No: X	Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Birimi	Kurum Yöneticisi	200 kişi	Çok miktarda tekerlekli sandalye ve Muhtemel oksijen desteği	Engelli ve sağlıklı karışık popülasyon.
Sığınmacı/ Göçmen Topluluklar	Güney Orman Arazisi	AAA Caddesi No:X	Bölge göçmen ofisi Memur	Bilinmiyor.	10 karavan Yaklaşık 50 kişi	Bilinmiyor.	Şu an yerleşik değiller.

Örneğin; İngiltere Afet Yönetim Sisteminde, her bölgeye özel hazırlanmış toplum risk kayıt ve acil durum hazırlık rehberleri ile risklerin tanımlanması, yaşanan bölgenin afetsel (tehlike, zarar görülebilirlik/kırılganlık ve risk) özellikleri bakımından neler yapılması gerektiğiyle ilgili broşürler hazırlanmış, yerel afet hazırlık ve dirençlilik konusunda yapılabilecekler halka sunulmuştur. Önümüzdeki 5 yıl içerisinde meydana gelebilecek tehlikeyle ilgili bir olayın tanımı ve olasılığı, fiziksel ve sosyal zarargörülebilirlik nedeniyle riskin ortaya çıkması halinde toplumun, sağlık, ekonomi, çevre ve yerel kamu/özel sektör üzerindeki olası etkilerini kapsayan risk değerlendirmesi ve geliştirilmesi gereken risk/zarar azaltma stratejileri bir kılavuz halinde tanımlanmıştır (Tendring District Council, 2013: 4-20; North of Scotland Regional Resilience Partnership, 2016: 3-18).

Başka bir örnekte, Fransa'da, 2003 yılında meydana gelen sıcak hava dalgasının yol açtığı büyük kayıplar sonrasında, halkın tehlikeli hava olaylarına karşı farkındalığını artırmak, kurumların müdahale süresini azaltmak ve etkinliği sağlamak için risk ve kriz yönetimine yönelik planlar hazırlanmıştır. Son 24 saat içinde sıcak hava dalgası, kuvvetli rüzgâr, soğuk, sel, fırtınalar, çığ gibi meteorolojik bir tehlikenin tehdit edip etmediğini bildiren bir hava durumu uyarısı servisi ve beyaz, yeşil, sarı, turuncu ve kırmızı alarm seviyeleri ile halkın hava durumundaki değişikliklere karşı uyanıklık seviyesini artırmak amaçlanmıştır. Bölgede yaşayan risk altındaki kırılgan bireyler (65 yaş ve üstü evde yaşayanlar, 60 yaşından büyükler, evde çalışmayanlar olarak kabul edilenler, engelli yetişkinler, engellilik kartı, engelli işçinin statüsünün tanınması veya temel bir sosyal güvenlik programı kapsamında sağlanan malullük maaşı veya askeri malullük maaşı ve evlerinde yaşayan savaş mağdurları) belediyelerce tanımlanmaktadır. Her yıl, ulusal ve yerel düzeyde ortaklar ile güncellenerek geliştirilen 2018 Ulusal Sıcak Hava Dalgası Eylem Planı'nda (Plan National Canicule) sıcak hava dalgasına yönelik ülke genelinde dört seviyeli uyarı sistemi hazırlanmıştır (Bosch,2004: 1708; Ministre des Solidarités et de la Santé, 2019):

Seviye 1: Her yıl 1 Haziran- 31 Ağustos arasında otomatik olarak etkinleştirilir ve müdahale ve erken uyarı operasyonel cihazların test edilmesini, meteorolojik ve sağlık izlemesinin yapılmasını sağlar.

Seviye 2: Duyurular ile risk altındaki halkı sıvı alımı ve sıcaktan korunma konularında bilgilendirilir, halka açık bir bilgi numarası verilir. Özellikle hafta sonu ve tatil öncesinde yaşanabilecek iletişim ve organizasyon kopukluğunu gidermeye olanak tanıyan güçlendirilmiş bir izleme aşamasıdır.

Seviye 3: Bölgesel sıcaklığın, hava kirliliği ve sağlık göstergelerini etkilediği saptandığında ilan edilir. Bu seviyede, Vali başkanlığında, önleme ve yönetim eylemleri, tehlike olayının yoğunluğuna ve süresine uyarlanmış bir şekilde uygulanır. Önleyici faaliyetlerin hatırlatılması (hidrasyon, sıcaktan koruma vb.), ve özellikle risk altındaki grup olan yaşlı veya özel-gereksinimli bireylere yönelik kamu kurumlarında “mavi plan”, hastaneler için ‘beyaz’, polis ve itfaiyeciler için ‘kırmızı’, gönüllü organizasyonlar için turuncu planlar başlatılır. Evde bakım hizmetleri ve evde yardım ve destek hizmetlerine kayıtlı yaşlı ve özel-gereksinimli bireylerin kontrolü ve belediye salonlarının aktif hale getirilmesi, klima desteği fonu, evsizlere yönelik önlemler alınır.

Seviye 4: Başbakan tarafından, Sağlık Bakanı ve İçişleri Bakanı'nın tavsiyesi üzerine ilan edilir. Bu seviye, farklı sektörlerde (kuraklık, içme suyu temini, hastanelerin veya cenaze servislerinin yoğunluğu, elektrik kesintileri, orman yangınları, çalışma zamanının düzenlenmesi veya bazı sosyoekonomik faaliyetlerin durdurulması...). Kriz tüm sektörlerde yaygın hale geldikçe, ilgili tüm bakanlıkları bir araya getirerek, bütünsel eylem planları ile üst düzey seferberlik ve etkin koordinasyon sağlanır (Bosch, 2004: 1708; Ministre des Solidarités et de la Santé solidarites-sante.gouv.fr).

3. YAŞLI DOSTU AFET YÖNETİMİNE YÖNELİK HAZIRLIKLAR

Afet ve acil durum için yapılan tüm planların halka ulaşılabilirliği, afet yönetiminin başarıya ulaşması için çok önemlidir. Afetten etkilenen halk, kuruluşlar, bağışçılar, son gelişmeleri ve bir sonraki adımın ne olacağını, girişimlerin yeterli ve etkili olup olmadığı konusundaki bilgileri yetkili kanallardan yapılacak bilgilendirmeler ile öğrenmek isterler. Afet sırasında ve sonrasında, kriz iletişimde halka yapılacak uyarı ve duyurular için güvenilir iletişim kanalları oluşturulmalı, kırılgan nüfuslara özel bilgi akışı (örneğin, sıcak hava dalgasından en çok etkilenen yaşlı, hamilelere özel) sağlanmalıdır. İşitme ve görme kaybı gibi fiziksel engellerin yanında teknoloji kullanma konusunda gençlerin çok gerisinde olan yaşlıların, yetkili kanallardan yapılacak afet ve acil duruma yönelik duyurulara ulaşamama ihtimali büyük olacaktır. Afet öncesi toplumun bilgiye ulaşmada tercih ettiği kaynaklar ele alınmalı, yöntemler geliştirilmeli ve bilgiye erişilebilirlik mutlaka test edilmelidir.

Afet ve acil durumlarda uygun tepkinin kısa zamanda verilebilmesi için, profesyonel ekipler gelene kadar müdahale ve ilk yardım yakın çevre ve komşulardan geldiğinden, toplum içinde afet anında yardıma ihtiyacı olabilecek yaşlı ve özel gereksinimli bireylere yönelik farkındalığın artması sağlanarak daha duyarlı bir toplum yapılanması oluşturmaya çalışılmalıdır. Yalnız yaşayan yaşlı bireylerin acil yardım çağırılmayacak durumlarda yerel yönetimlere bağlı sağlık birimleri aracılığıyla rutin kontrollerinin yapılması sağlanmalıdır. Acil ve afet müdahaleye erişilebilirliğin sağlanması için gönüllü oluşumlara sorumluluk verilmelidir. Ayrıca afet ve acil durum sonrası evlerine geri dönecek yaşlı ve engelli bireylerin önce evlerin yaşanabilirliğini belirlemek için gönüllülük temelli bir ev teftiş sistemi sağlanmasıyla, yaşlı bireyin afet sonrası bakımı aksamaması sağlanabilir (Bagget, 2016: 2). Gönüllülük kurumsal olarak afet yönetiminin bir parçası haline getirmeli, toplumun her kademesinde mahalle düzeyinde katılım teşvik edilmeli ve yerel gönüllülüğün

sürdürülebilirliği yönünde faaliyetler desteklenmelidir. Mace ve arkadaşları afetlerde özel gereksinimli olan kesimler içinde özellikle yaşlılar ve kronik hastalığı olan bireylerin tahliyesi, barınma imkânları, tıbbi yardım ve sağlık hizmetleri, iletişim ve ulaşım konusunda önerdikleri modelde kamu hizmetlerinin kalitesi kadar gönüllüğün de dikkate alınması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu yaklaşımda özel gereksinimli bireyler ihtiyaç duydukları fonksiyona göre kategorize edilerek iletişim, tıbbi destek-bakıma gereksinim, bağımsız hareket edebilme, gözetim ve bakıma ihtiyaç duyup duymama ve bir yerden bir yere ulaşım sağlayabilme yönlerinden değerlendirilerek destek sağlanmasını önermektedir (Mace ve diğ., 2018). Bu yaklaşıma benzer olarak Türkiye’de yaşlılara yönelik gerçekleştirilen sosyal yardım ve hizmetlerin yaşlıların toplumsal mukavemetlerini artıracak nitelikte olduğu söylenebilir (AÇSHB, 2020b). Yaşlıların erişilebilirliği, ulaşımı, eğitimi, evde ve kurumda bakım hizmeti ile Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hasta nakil hizmeti, sosyal inceleme ve değerlendirme, hasta eğitimi ve uğraşı çalışması, hasta ile psiko-sosyal çalışma, kurum bakımına yerleştirme, hasta ailesinin psiko-sosyal eğitimi, sosyal etkinlikler gibi hizmetlerin kapsayıcılığının gözden geçirilmesi ve afetlere ilişkin ihtiyaçların da dikkate alınması gerektiği önem arz etmektedir.

Bununla birlikte yaşlı/özel gereksinimli bireyeye bakım verenin de afete hazırlığının sağlanması önemlidir. Afete hazırlanan herkesin yapacağı hazırlıklar haricinde (su, yiyecek, hijyen malzemeleri, para vb.) yaşlı ve özel gereksinime sahip bireylerin ve bakım verenlerin afet için özel hazırlık yapması gereklidir. Hazırlıkların başında acil durum planı oluşturularak, gerektiğinde iletişime geçecek kişi ve kurumların numaralarının güncel bir kopyası elde edilmesi gelir. Afet ve acil durumda kaçış rotaları ve buluşmanın kolaylaşması için buluşma noktası tespit edilmeli, tıbbi kimlik ve bilezik sahibi olunmalı, yaşanan bölgenin afet hazırlık planlarından haberdar olunmalı, eğitim, bilgilendirme ve tatbikatlara katılım sağlanmalıdır (American Red Cross, 2009: 7-11). Afet öncesi eğitim, tatbikatlar ve afet müdahale kılavuzları başarılı tahliye ve müdahale olasılığını arttırmaktadır (Park ve diğerleri, 2019: 6). İkinci olarak, medikal kayıtlar ve kullanılan ilaçların en az 7 günlük tedarik ile isimleri ve dozlarının da içeren güncel bir ilaç listesi, ilaçların soğuk tutulması gerekiyorsa (insülin gibi) bir soğutucu veya buz paketi hazırlığı, diyete özel en az 3 günlük bozulmayan yiyecek, işitme cihazları ve ekstra piller, gözlük ve gözlük numaralarının yazdığı bir kayıt, baston, yürüteç gibi hareket destekleri afet ve acil durumlarda hafızasını kaybetmiş, yardıma ihtiyacı olan yaşlı bireylerin yardıma ve yakınlarına ulaşmasını kolaylaştıracaktır.

Yaşlı ve yardıma ihtiyacı olan bireyler her zaman tekerlekli sandalye gibi görünen bir engel işareti taşımayabilir. Kalp pili, protez gibi tıbbi araçların görünür olmaması, onların afet ve acil durum sırasında yardım almasını geciktirebilir. Japonya’da engelli ve yardıma ihtiyacı olan bireylerin yardım işareti taşımasıyla görünmeyen engellerin de görünür kılınması hedeflenmiş, hasta, yaşlı ve özel gereksinimli bireylerin toplum içinde görünür kılınması hedeflenmiştir (NHK Newslines, 2019).

Yaşlı/ özel gereksinimli bireylerin, yer değiştirme ve yenilik korkusu nedeniyle afetlerden zarar gördüğü bilindiğinden, yaşadığı yere en yakın ve en uygun bölgede, önceden belirlenmiş geçici barınma sığınaklara, bakıcısıyla birlikte transferi sağlanmalıdır. Uluslararası Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesinde afetlerden orantısız etkilenen toplum kesimlerinin güçlendirilmesi, hizmetlere erişimi ve ihtiyaçlarının gözetilip planlanmasına vurgu yapılmıştır (UNISDR,2015). Afet planlamaları, her bölgenin ve afete özel gereksinimlerin farklı olması nedeniyle yerelden başlayarak ulusala doğru yapılmalı, yerel kaynakların yeterli olmadığı durumlarda, yakın yerel kaynaklar, yetersiz gelmesi halinde ise, ulusal kaynaklar kullanılmalıdır. Türkiye’de afet sonrası barınma ihtiyaçlarına yönelik yasal düzenlemelerden bazıları şöyledir:

1988 yılında kabul edilen, 2010 yılında güncellenen Sığınak Yönetmeliği'ne göre sığınak: "nükleer ve konvansiyonel silahlarla, biyolojik ve kimyevi harp maddelerinin tesirlerinden ve tabii afetlerden insanlarla, insanların yaşaması ve ülkenin harp gücünün devamı için zaruri canlı ve cansız kıymetleri korumak amacıyla inşa edilen korunma yerleri" olarak tanımlanmıştır. Yönetmelikte, afet ve acil durumlarda kullanılması öngörülen özel ve genel sığınakların kullanım amacının nükleer sızıntı, kimyasal ve biyolojik savaşlarda korunma olduğu belirtilmekle birlikte, yönetmelikte ayrıca sığınakların teknik özelliklerine yer verilmiştir (25.08.1988 tarihli 19910 No'lu Resmi Gazete, 29/9/2010 tarihli ve 27714 No'lu RG değişikliği).

2013 yılında kabul edilen TAMP (Türkiye Acil Müdahale Planı) kapsamında afetzedelerin acil barınma ihtiyacının giderilmesi ve bu işlerin koordinasyonu "Barınma Hizmet Grubu" kapsamında AFAD bünyesinde Genelkurmay Başkanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, TOKİ, KIZILAY, Sivil toplum kuruluşları ve özel sektör iş birliğinde yürütülmesi kararlaştırılmıştır. Hizmet grubunun çalışmaları acil barınma alanlarına ilişkin standartları belirlemek, geçici barınma ve bakım ünitelerinin alt yapısını kurmak, çadır, konteynir kent gibi barınma merkezlerini planlamak, kayıt altına almak ve kamu kurum ve kuruluşlarına ait binaların kapasitesini belirlemektir (TAMP,2013:19).

Göç mağduru afetzedelerin beslenme, barınma, sağlık, sosyal ve diğer ihtiyaçlarının karşılanması için kabul ve barınma merkezlerinin çalışma esasları ve verilecek hizmet kapsamı Kabul ve Barınma Merkezleri İle Geri Gönderme Merkezlerinin Kurulması, Yönetimi, İşletilmesi, İşlettirilmesi ve Denetimi Hakkında Yönetmelikte belirlenmiştir. (22.04.2014 tarih RG: 28980). Uluslararası Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesinde afetlerden orantısız etkilenen toplum kesimlerinin güçlendirilmesi, hizmetlere erişimi ve ihtiyaçlarının gözetilip planlanmasına vurgu yapılmıştır (UNISDR,2015). Ancak sağlık ihtiyaçlarının ev ortamında karşılandığı çoğunluğu yaşlı özel gereksinimli bireyler için, afet ve acil durumda bakım ve tedavisinin hastane dışında gerçekleştirilebileceği bir sığınak veya barınmaya yönelik düzenleme bulunmamaktadır.

Bu tür düzenlemelere örnek olarak, Amerika Birleşik Devletleri Missisipi Eyaleti'nin yaklaşık 205 bin nüfuslu Harrison County şehrindeki uygulama örnek gösterilebilir. Kötü sağlık koşullarına sahip ve günlük hayatta yardım ve bakıma ihtiyacı olan yaşlı, engelli ve özel gereksinimli bireyler, uygun yardımın sağlanması için 4 kategoriye ayrılmıştır. Böylece afet döneminde ihtiyacı artan sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli kullanılması planlanmıştır. Sisteme daha önce tüm tıbbi geçmişi ve gereksinimleri ile kayıt olan bu hastaların, afet ve acil durumlarda sınıflandırılarak tahliye edilmesi ve sığınağa yerleştirilme planı aşağıdaki gibidir:

A Kategorisi- Hastanede Kalması Gereken Hastalar:

Bu kişiler tekrarlayan profesyonel tıbbi bakım, özel donanım ve / veya sürekli tıbbi gözetim ihtiyacı nedeniyle tıbbi tedavi ve bakımı hastane ve klinik şartlarında gerçekleştirecek ve devam ettirecek bireyleri kapsar. Örneğin;

1. Sürekli ilaç ve tıbbi cihaz ihtiyacı olanlar: ventilatör, aspirasyon, damardan ilaç gereksinimi.
2. Kasılma yaşayan ve / veya 8 aylık ve sonrası hamilelikler
3. Son 24 saatte göğüs ağrısı bildiren veya göğüs ağrısı çeken kişiler;
4. Nefes darlığı olan kişiler;
5. Sosyal-izolasyon gerektiren bulaşıcı hastalıkları olan kişiler;
6. Fiziksel veya zihinsel bir hastalığa bağlı olarak kontrol edilemeyen (sık sık şiddet içeren) davranış gösteren kişiler;
7. Entübe ve Koma hastaları

B Kategorisi:- Özel Gereksinim Geçici Barınma Merkezine Yerleştirilecek Hastalar:

Özel ihtiyaç hizmetine sahip geçici barınma ile afet ve acil durumlarda mümkün olduğu ölçüde bir bireyin sağlık seviyesini koruyabilecek bir ortam sağlanması amaçlanmaktadır. Bir kişi tıbbi olarak stabil, ancak temel ihtiyaçlarda yardıma gereksinimi varsa veya elektronik bir tıbbi cihaz kullanıyorsa ve başka tahliye seçeneği yoksa, daha önceden kayıt yaptırarak yakınıyla birlikte sığınabilir.

Afet sonrası 72 saat geçici barınma olanağı sağlanan bu yerlere giderken çarşaf, battaniye, tıbbi ilaç ve malzemeler, özel yiyecekler, hijyen ürünleri özel gereksinimli birey ve yakını tarafından sağlanmaktadır.

Özel Gereksinim Geçici Barınma Merkezlerine örneğin;

1. Sınırlı tıbbi ihtiyaçları olan tekerlekli sandalye kullanan kişiler;
2. Hareket kabiliyeti ciddi oranda azalmış ancak sınırlı tıbbi ihtiyacı olan bireyler;
3. Şiddet içermeyen akıl hastalığı olan kişiler;
4. Yardım ile günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilen tıbbi engelliler
5. oksijen gereksinimi olan ama cihaz ile rahat nefes alan hastalar kabul edilirler.

Kategori C: Geçici Barınma Merkezlerine Yerleştirilecek Hastalar: Afet veya acil durumdan önce bağımsız olan kişilerin afet sırasında sığınmaları için planlanmıştır. Bunlardan bazılarında günlük yaşam aktivitelerini engellemeyen önceden var olan sağlık sorunları olabilir. Afet sonrası özel bir ihtiyaç durumu oluşmayacağı öngörüldüğünde bu bireylerin genel geçici barınma merkezlerinde kalınması uygundur. Örneğin;

1. Epilepsili kişiler (eğer kontrol edilebiliyorsa);
- 2.Stabil ve insülin iğnesi gerektirmeyen şeker hastaları;
3. Protezi olan kişiler;
- 4.Görme veya işitme ve konuşma engelli kişiler;
5. Kendi ilaçları olan astımlılar;
6. Dil / kültürel engelleri nedeniyle özel gereksinimli bireyler genel geçici barınma merkezlerinde kalabilirler.

D Kategorisi: Bölgeyi Boşaltacak Hastalar Bu kategorideki bireyler, afete maruz kalabilecek bölgeden uzakta güvenli bir yere tahliye edilmek üzere daha önceden plan yapıldığından geçici barınma talep etmeyecek olanları içerir.

Bu sınıflandırmalar yapıldıktan sonra özel gereksinimli bireylerin uygun merkezlere nakli için hangi nakil araçlarının öncelikli ve uygun olacağı konusu da netleştirilmiştir. Afet ve acil durumlarda yerel ambulans ihtiyacı fazla olduğundan ambulans harici mümkünse öncelikli olarak bireylerin yakınlarının ya da komşularının araçları, eğer hasta tekerlekli sandalyede ya da taşınabilir bir oksijen kaynağıyla taşınabilecek durumdaysa, yine kendilerine ait minibüsle taşınmaları, hastayı oturarak taşımanın mümkün olmadığı diğer tüm durumlarda ise ambulansla naklinin sağlanması prensibi belirlenmiştir (Harrison County, 2009: 2-5).

Afet veya acil durum sonrası evlerinde barınamayacak olan yaşlı ve özel gereksinimli bireyler, yaşadıkları yerlerinden tahliye edilerek geçici barınma merkezlerine yerleştirilmelidirler. Ancak bu durum kronik sağlık sorunları olan yaşlıların yaşam kalitesini kötüleştirebilecektir. Hijyen eksikliği, yetersiz havalandırma ve kalabalık, enfeksiyonların çabuk yayılmasıyla direnci düşük yaşlı bireylerin var olan kronik hastalıklarının kötüye gidişine sebep olur. 2011 Japonya Depremi sonrası kalabalık geçici barınma merkezlerine yerleştirilen yaşlı bireyler, yetersiz havalandırma, hijyen ve yemek (çiğnenebilir özellikte ve diyete uygun yemeklere erişememe) sorunları ile hareket alanının az olması, mahremiyet ve adaptasyon problemleri yaşamışlardır. Geçici barınmada hareket alanının az olması, kısıtlı hareket eden yaşlı bireylerin yatağa bağımlı hale gelmesine, kalabalık ve gürültü, stres, uyku bozukluğu ve yorgunluğa neden olmaktadır (Ohkouchi ve diğ, 2013:53; Help Age, 2013:12-

13). Kırılgan grupların afet yönetimi politikalarının oluşturulmasında yönetsel, mekânsal ve toplumsal boyutlarının dikkate alınmasının önemini vurgulayan bir çalışmada kırılgan grupların afetlere karşı dirençli kılınmasını sağlamak amacıyla mekânsal planlama ve tasarım ilkelerinin belirlenmesinin gerekliliğine işaret edilmiştir (Orhan ve Keskinok, 2019).

Afet ve acil durum nedeniyle barınak çözümlerinde, insani asgari standartların sağlandığı, bölümlenmiş veya ayrı uyku alanları, erişilebilir tuvaletler ve yıkanma alanları, güvenli, hijyenik, sağlık kontrollerinin yapılabildiği, fiziksel hareketin mümkün olduğu, diyetle özel beslenme olanağı olan ortamlar olmasının sağlanması yaşlı ve özel gereksinime sahip bireyler için önem taşımaktadır. Yaşlı bireylerin, afet sonrası hayatta kalmalarını etkileyen en önemli etkenin izole edilme olduğu, sosyal içerme ile toplum içinde daha fazla yer almalarını sağlayan yaşlıların afet sonrası sorunlarla başa çıkma hakkında bilgi ve deneyim, toplumsal bağların korunması, bakıcı desteği, kaynak yönetimi, gelir elde etme konusunda etkin görev aldıkları ve afet yaraları sarmada etkili oldukları saptanmıştır (Sphere Project, 2018:13). Bu bilgiden hareketle, afet anlarında yaşlı bireyleri desteklemenin, afet sonrası iyileşme açısından öneminin büyük olduğu açıktır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Başarılı bir afet yönetimi; toplumun tüm kırılganlıklarını tespit ederek yapılan risk yönetimi (risk/zarar azaltma, hazırlık), müdahale ve iyileştirme faaliyetlerinin, hükümetin, sivil toplum kuruluşlarının, yardım kuruluşlarının ve yerel paydaşları kapsayan kurumlar arası iş birliği ve toplumun da aktif katılımıyla uygulanması ile mümkündür. Bu bağlamda, afet öncesi özel gereksinimler dikkate alınarak yapılmış afet risk azaltma, hazırlık, müdahale, tahliye, geçici barınma ve yardım plânları, afet sonrası müdahale, yardım operasyonları, destek ve iyileştirme (zararların azaltılması ve yeniden yapılandırma) konularındaki roller açıkça belirtilmeli, yazılı kurallar, yönetmelikler, görevlendirmeler ve masa başı tatbikatlar ile çözüm ortaklarının rolleri her kademedede anlaşılır ve uygulanabilir kılınmalıdır.

Risk alanlarındaki hastaneler, huzurevleri, bakımevi tesisleri, hastaların afet bölgesinden uzaktaki önceden belirlenmiş uygun ev sahibi tesislere taşınmasını sağlayan afet ve acil durum planlarına sahip olmalıdır. Evde sağlık ve bakım hizmeti alan hasta ve yaşlılar, afet riski olmayan bir bölgede yaşıyorsa, evde hasta bakımı için acil durum kaynaklarını (yedek elektrik jeneratörleri, ilave malzemeler, beslenme ve bakım gereçlerini) yeterli olabilecekken, riskli bir bölgede yaşayanların bu hazırlıklara ek olarak tahliye koşulları ve detayları önceden belirlenmelidir.

Coğrafi Bilgi Sistemlerinin yardımıyla kırılganlık, kapasite haritası ile bölgenin risk oluşturan tehlike olasılığı hesaplarına dayalı afet senaryolarıyla geliştirilen risk değerlendirmeleri ile ele alınarak toplumun etkilenme olasılığı yüksek kırılgan gruplarını da dâhil eden müdahale planları oluşturulmalıdır.

Yaşlıların hayata katılımı ve sosyal içerilmesi, aktif yaşlanma yaklaşımı çerçevesinde ele alındığında istihdama katılım, topluma katılım, destekleyici çevrenin oluşumu, bağımsız ve sağlıklı ve güvenli yaşam alanlarının teminini gerektirmektedir. Afet öncesi aşamada yapılacak çalışmalarda yaşlıların özel gereksinimlerinin bölgesel veya mekânsal açılardan belirlenmesi, ihtiyaç duyulan sağlık personelinin yetiştirilmesi, afete özel spesifik durumlara hazırlıklı olunması gibi operasyonel çalışmaların gerçekleştirilmesi afetlerde yaşlıları korumak adına atılmış önemli adımlar olacaktır. Türkiye’de yaşlılara yönelik gerçekleştirilen sosyal yardım ve hizmetlerin yaşlıların toplumsal mukavemetlerini artıracak nitelikte olduğu görülmüştür. Ancak yaşlıların erişilebilirliği, ulaşımı, eğitimi, evde bakım ve kurumsal bakım hizmetleri ile Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hasta nakil hizmeti, sosyal inceleme ve değerlendirme, hasta eğitimi ve uğraşı çalışması, hasta ile psiko-sosyal çalışma, kurum bakımına yerleştirme, hasta ailesinin psiko-sosyal eğitimi, sosyal etkinlikler gibi hizmetlerin

kapsayıcılığının gözden geçirilmesi ve afetlere ilişkin ihtiyaçların da dikkate alınması gerektiği önem arz etmektedir. Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi ilkeleri dikkate alınarak afetlerin etkileri ile başa çıkma ve afetlere dirençlilik konusunda yapılacak çalışmaların başında yaşlılıktan kaynaklanan kırılmalıkların azaltılmasına yönelik uygulamalar, yaşlıların ve özel gereksinimli bireylerin mümkün olduğunca en az etkilenmesini sağlayacak şekilde yapılacak afet yönetimi plânları, eğitim, izleme, değerlendirme ve personel desteği sağlayıcı politikalara kaynak ayrılarak öncelik verilmesi gerekmektedir. Sosyal politikanın en önemli araçlarından olan sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin afet yönetiminin temel ilkeleriyle ve afet yönetim planlarıyla uyumlu bir şekilde yönetilmesi ve kapsayıcılığının genişletilmesi de kırılmalıkların afetlerden göreceği zararın en aza indirilmesinde ve daha etkin bir hızda hayatın normal akışına dönmesinde yararlı olacaktır.

Sağlık, güvenlik, yaşlı bakım uzmanlığı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolojik hizmetleri sağlayacak bir "bütünleşik uzman personel planlaması", yetiştirilmesi ve istihdamı da özel gereksinimli bireylerin afetlerde ihtiyaç duyacağı hizmetlerin verilmesinde önemli öncelikli konulardandır. İnsan kaynakları planlamasında afet tiplerine göre yaşlıların karşılaşacağı özel durumların tespiti yararlı bir ön çalışma olacaktır. Bu alanda yapılacak akademik çalışmaların afet tiplerine ve yaşlının gereksinimleri bağlamında bir afet yönetim sisteminin kurulmasının temelini oluşturacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- AÇSH Bakanlığı(a) 2020, Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (<https://ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>, erişim tarihi: 12.06.2020.
- AÇSH Bakanlığı(b), 2020, Yaşlılar İçin Bilgilendirme Rehberi, <https://ailevecalisma.gov.tr/media/40942/yasli-lar-icin-bilgilendirme-rehberi-02-03-2020.pdf>, erişim tarihi: 02.06.2020.
- AÇSHB (2019), Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, Temmuz, https://ailevecalisma.gov.tr/media/11564/eyhqm_buelten_temmuz2019.pdf, erişim tarihi:12.10.2019.
- AÇSHB (2020), <https://ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>, erişim tarihi: 04.06.2020.
- AFAD (2012). Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2419/files/Afet_Mud_PI_ResmiG_20122013.pdf.
- AFAD (2015). Geçici Barınma Merkezlerinin Kurulması, Yönetimi ve İşletilmesi Hakkında Yönerge. https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2310/files/Gecici_Barinma_Merkezlerinin_Kurulmasi_Yonetimi_Isletilmesi_Yonerge+1.pdf.
- AFAD (2019), Açıklamalı Afet Terimleri Sözlüğü, <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozluqu> (26.02.2019).
- Aldrich N, Benson WF. Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *Prev Chronic Dis* 2008;5(1).
- American Red Cross, (Bilinmiyor) DISASTER PREPAREDNESS For Seniors By Seniors, ss:1-30. https://www.redcross.org/content/dam/redcross/atq/PDF_s/Preparedness_Disaster_Recovery/Disaster_Preparedness/Disaster_Preparedness_for_Srs-English.revised_7-09.pdf
- Arpacı F. (2005), Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara.
- Baggett, J. (2006). Florida disasters and chronic disease conditions. *Preventing chronic disease*, 3(2).
- Baybora D. (2007), Çalışma Yaşamında Yaş Ayrımcılığı, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:1788, Eskişehir.

- Bosch, X. (2004). France makes heatwave plans to protect elderly people. *The Lancet*, 363(9422), 1708.
- Can G. (1990), "Emeklilik ve Yaşlılık Dönemi Uyum Sorunları", *Kurgu Dergisi*, Sayı 8, s.633-637.
- CDC-Centers for Disease Control and Prevention (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) People Who Need Extra Precautions, People Who Are At Higher Risk <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>. (02.06.2020).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Healthy aging: Helping people to live long and productive lives and enjoy a good quality of life. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Retrieved from <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/AAG/aging.htm>.
- CNN (2017), The story behind the photo of assisted living residents submerged in water, Samira Said, Carma Hassan ve Dakin Andona, <https://edition.cnn.com/2017/08/27/us/flooded-nursing-home-residents-trnd/index.html> (01.02.2019).
- Department of Elder Affairs Florida, 2018 Projections Profile of Older Floridians http://elderaffairs.state.fl.us/doea/pubs/stats/County_2018_projections/Counties/Florida.pdf (01.02.2018).
- Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *Preventing chronic disease*, 5(1), A27.
- Evin/Aubert Report to French Assemblée Nationale (2004). Rapport Fait au Nom de la Commission D'enquête sur les Conséquences Sanitaires et Sociales de la Canicule.
- Florida Senate, 2018 Florida Statutes, Chapter 252 Emergency Management Part I. <http://www.flsenate.gov/Laws/Statutes/2018/Chapter252>.
- Forbes, Why Do Older Adults Always Pay The Highest Price In A Disaster? <https://www.forbes.com/sites/sarazeffgeber/2018/11/27/why-do-older-adults-always-pay-the-highest-price-in-a-disaster/> (01.02.2019).
- Fransa Sağlık ve Yardımlaşma Bakanlığı (Ministre des Solidarités et de la Santé) <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-climatiques/article/le-plan-national-canicule> (01.02.2019).
- Fujihara, K., Saito, A., Heianza, Y., Gibo, H., Suzuki, H., Shimano, H., ve Sone, H. (2012). Impact of psychological stress caused by the Great East Japan Earthquake on glycemic control in patients with diabetes. *Experimental and clinical endocrinology & diabetes*, 120(09), 560-563.
- Harrison County Emergency Medical Services District(2009) Guidelines for Evacuation and Management of Individuals with Disabilities and Special Needs During Disasters <http://co.harrison.ms.us/downloads/departmental%20downloads/ema/special%20needs%20forms/Evacuation%20Guidelines.pdf>.
- Hazer O. (2009), Yaşlanan Nüfusta Yaşlılık ve Ailede Bakım, Dün, Bugün ve Yarın Yaşlılık içinde, Yaşlılık Platformu, Kasım.Ankara. 145-160.
- Help Age, (2013). Displacement and older people The case of the Great East Japan Earthquake and Tsunami of 2011. Japanese Red Cross.
- Ishiura, Y., Fujimura, M., Yamamoto, H., Shiba, Y., Ohkura, N., Kasahara, K., & Ishida, Y. (2013). Asthma exacerbations after the East Japan Disaster. *The Journal of Medical Investigation*, 60(1.2), 61-65.
- Karaman, Z .T. (2018). Afetlerde Erken Uyarı ve Toplumsal Farkındalık Yaratmada Etkili Kamu Politikaları. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 7 (2) , 493-517.
- Karaman, Z. T. (2016). Afetlerde Hızlı Çevresel Etki Değerlendirmesi ve Kriz Yönetiminde Kritik Sorgulama. *Hastane Öncesi Dergisi*, Nisan, Cilt 1 – Sayı 1, 1-16.
- Kario, K. (2012). Disaster hypertension. *Circulation Journal*, 76(3), 553-562.

- Mace S.E., Doyle C.J., Askew K., Bradin S., Baker M., Joseph M.M., Sorrentino A. (2018). Planning considerations for persons with access and functional needs in a disaster—Part 2: Evacuation and sheltering. *American Journal of Disaster Medicine*, 13 (3): 195-206.
- Madrigano, J., Mittleman, M. A., Baccarelli, A., Goldberg, R., Melly, S., Von Klot, S., Schwartz, J. (2013). Temperature, myocardial infarction, and mortality: effect modification by individual and area-level characteristics. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 24(3), 439.
- NHK NEWSLINE from Tokyo (2019), <https://www3.nhk.or.jp/nhkworld/nhknewsline/backstories/helpmark/> (20.02.2019).
- North of Scotland Regional Resilience Partnership Community Risk Register https://www.firescotland.gov.uk/media/864538/north_crr_version_1.2.pdf
- Oflaz F. (2020), COVID-19 Pandemisi ve Yaşlılar, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, <https://korona.hasuder.org.tr/covid-19-pandemisi-ve-yasli/>, (05.06.2020).
- Ogawa, K., Tsuji, I., Shiono, K. ve Hisami chi, S. (2000). Increased acute myocardial infarction mortality following the 1995 Great Hanshin-Awaji earthquake in Japan. *International journal of epidemiology*, 29(3), 449-455.
- Ogg, J. (2005). HEATWAVE: implications of the 2003 French heat wave for the social care of older people. *Young Foundation working paper*, 2.
- Ohkouchi, S., Shibuya, R., Yanai, M., Kikuchi, Y., Ichinose, M., Nukiwa, T. (2013). Deterioration in regional health status after the acute phase of a great disaster: respiratory physicians' experiences of the Great East Japan Earthquake. *Respiratory investigation*, 51(2), 50-55.
- Okay N. ve İnal E. (2019), Kırılmalardan Kapasite Geliştirmeye, *Dirençlilik Dergisi*3(1), 85-99.
- Okay, N. (2019), "Afet Risk Yönetiminde Yaklaşımlar," *Mimar ve Mühendis* , pp.54-57.
- Orhan E.ve Keskinok H. Çağatay (2019), Afet Sakınımında Özel Gereksinimli Bireyler için Geliştirilecek Mekansal Planlama İlkeleri, *Resilience Journal / Dirençlilik Dergisi* 3(1), 25-35.
- Park, E. S., Yoon, D. K., & Choi, Y. W. (2019). Leave no one behind: Experiences of persons with disability after the 2017 Pohang earthquake in South Korea. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 40, 101261.
- Poumadere, M., Mays, C., Le Mer, S., & Blong, R. (2005). The 2003 heat wave in France: dangerous climate change here and now. *Risk Analysis: an International Journal*, 25(6), 1483-1494
- Shimizu, Y., Dobashi, K., Hisada, T., Ono, A., Todokoro, M., Iijima, H., Morikawa, A. (2007). Acute impact of volcanic ash on asthma symptoms and treatment. *International journal of immunopathology and pharmacology*, 20(2_suppl), 9-14.
- Sphere Association, (2018). *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, fourth edition, Geneva, Switzerland, 2018. www.spherestandards.org/handbook.
- T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (2013). *Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP)*. TC Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Yayınları, Ankara.
- T.C. Resmi Gazete (1988). Sığınak Yönetmeliği. 25.08.1988 Resmî Gazete Sayısı: 19910. 29/9/2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmi Gazete değişikliği.
- T.C. Resmi Gazete (2014). Kabul ve Barınma Merkezleri İle Geri Gönderme Merkezlerinin Kurulması, Yönetimi, İşletilmesi, İşlettirilmesi ve Denetimi Hakkında Yönetmelik. 22.04.2014 tarih Resmi Gazete Sayısı: 28980.
- Tendring District Council (2013). *Community Risk Register Emergency Planning Guidance*. <https://www.tendringdc.gov.uk/sites/default/files/documents/council/TDC%20Public%20CRR%20and%20EP%20Guidance%202013.pdf>.
- Tezel A. (2015), <http://acikders.ankara.edu.tr/> Toplumda Risk Grupları (İncinebilir Gruplar). (01.06.2020).
- Tufan İ. (2003), *Modernleşen Türkiye'de Yaşlılık ve Yaşlanmak*, Anahtar Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
- TÜİK (2019), *Hayat Tabloları Raporu*, Sayı: 30712, 24 Eylül 2019.

- Türel G. D.(2009). Kent Yaşamı ve Yaşlılık. Dün, Bugün ve Yarın Yaşlılık içinde, Yaşlılık Platformu, Kasım.Ankara. 63-81.
- UK Cabinet Office (2008), Identifying People Who Are Vulnerable in a Crisis,,: 21.
- UK Cabinet Office, (2008). Identifying People Who Are Vulnerable in a Crisis Guidance for Emergency Planners and Responders Civil Contingencies Secretariat – February 2008 <https://www.gov.uk/government/publications/identifying-people-who-are-vulnerable-in-a-crisis-guidance-for-emergency-planners-and-responders> (01.02.2019).
- UN (2015). The 2030 Agenda for Sustainable Development. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
- UNDP (2018). What Does It Mean to Leave No One Behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation. <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/what-does-it-mean-to-leave-no-one-behind-.html>.
- UNISDR (2015). The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030. United Nations Office for Disaster Risk Reduction, Geneva. Retrieved from http://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf
- UNISDR (2015). The Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030. United Nations Office for Disaster Risk Reduction, Geneva. Retrieved from http://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf.
- United Nations Population Fund (UNFPA) and HelpAge International (2012). Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. United Nations Population Fund (UNFPA), New York, and HelpAge International, London.
- World Health Organization (WHO). (2007). Global Report on Falls Prevention in Older Age. WHO Library Cataloguing in Publication Data. www.who.int/ageing/project.
- World Health Organization. (2008). Older persons in emergencies: an active ageing perspective, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43909/9789241563642_eng.pdf;jsessionid=2FF32F0549B891DCD1006A6FEF60E60E?sequence=1 (07.06.2020).
- Yerli, G. (2017). Yaşlılık Dönemi Özellikleri Ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Journal of International Social Research, 10(52). <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1979>.
- Yıldırım, E. (1999). Anthony Giddens'in Yapılanma Teorisi. Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi, (1), 25-44. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/bilgisosyal/issue/29108/311430>.