



**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN AFETLERE HAZIR OLUŞ DURUMLARI İLE STRESLE
BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Mehmet Nur GEYİK

ŞANLIURFA

2025

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN AFETLERE HAZIR OLUŞ DURUMLARI İLE STRESLE
BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Mehmet Nur GEYİK

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Arzu TİMUÇİN

ŞANLIURFA

2025

TEZ ONAY SAYFASI

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	v
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Soruları.....	2
2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR.....	4
2.1. Afet ile İlgili Temel Kavramlar.....	4
2.1.1. Afet Tanımı.....	4
2.1.2. Afet Türleri.....	5
2.1.2.1. Doğal Afetler	6
2.1.2.2. Teknolojik Afetler.....	7
2.1.2.3. İnsan Kaynaklı Afetler.....	7
2.2. Afetin Etkileri.....	9
2.2.1. Afet Yönetimi.....	10
2.3. Türkiye’de ve Dünya’da Hemşirelerin Afet ve Hazırlık Durumları.....	11
2.4. Afetlerde Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları.....	13
2.4.1. 2023 Kahramanmaraş/Pazarcık Deprem Felaketi.....	15
2.5. Stres Kavramının Tanımı	16
2.5.1. Stresin Evreleri.....	17
2.5.2. Stresin Kaynakları.....	17
2.5.2.1. Bireysel Stres Kaynakları.....	18
2.5.2.2. Örgütsel Stres Kaynakları.....	18
2.6. Hemşirelikte Stres.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Amacı	20
3.2. Araştırmanın Tipi.....	20
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	20
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	22
3.5. Veri Toplama Araçları.....	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.7. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	24
3.8. Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluklarında Temel Yeterlilik Ölçeği.....	24
3.9. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	25
3.10. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.11. Veri Toplama Yöntemi.....	26
3.12. Araştırmanın Güçlükleri.....	26
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
3.14. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ.....	48
7. ÖNERİLER.....	50
8. KAYNAKLAR.....	51
9. ÖZGEÇMİŞ.....	59
10. EKLER.....	60

ÖZET
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERİN AFETLERE HAZIR OLUŞ DURUMLARI İLE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Mehmet Nur GEYİK
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Arzu TİMUÇİN
Yıl: 2025 Sayfa: 82

Araştırmanın evrenini, Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı dört ve bir üniversite hastanesi olmak üzere toplam beş hastanede çalışan 3034 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyip, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın örneklemini 787 hemşire oluşturmaktadır ve bu araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Verilerin analizi, SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden; karşılaştırmalarda t-testi, tek yönlü varyans analizi ve ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde ise Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırmanın bulguları, hemşirelerin afet hazırlık düzeyi temel yeterlilik puan ortalaması (138.73 ± 38.70) ortalamının üzerinde olup; alt boyutlarda ise genel tanılama (40.30 ± 11.84), teknik (45.68 ± 13.15) becerilerinin ortalamının üstünde iken iletişim (24.18 ± 8.03), kritik düşünme (11.52 ± 3.86) ve özel tanılama (17.05 ± 5.87) becerilerinin ortalamının altında olduğu tespit edilmiştir. Örnekleme yer alan hemşirelerin stresle başa çıkma tarzı alt boyutları, güvenli (12.37 ± 4.20), çaresiz (11.81 ± 4.74) ve boyun eğici (8.82 ± 3.97) tutumlarının ortalamasının üstünde iken, iyimser (8.50 ± 3.00) ve sosyal destek (6.50 ± 2.09) tutumlarının ortalama civarında olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin afete hazırlık yeterlilik düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasında düşük düzeyde pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. En yüksek ilişkinin stresle başa çıkma tarzı ölçeğinin kendine güven , ($r=0.254$, $p<0.01$), iletişim becerileri ($r=0.255$, $p<0.01$) ve teknik becerilerden ($r=0.251$, $p<0.01$) oluşan üç alt boyutu ile afete hazırlık yeterlik düzeyi ölçeği toplam puanları arasında olduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar dikkate alınarak, hemşirelik eğitimlerinde ve hizmet içi eğitimlerde afet yeterliliği ve stres yönetimi konularının teorik bilgiyi pekiştirecek tatbikat ile simülasyon uygulamalarına daha fazla yer verilmesi önerilebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Hemşirelik , Afetlere Hazır Oluşluk, Stresle Başetme

ABSTRACT
MASTER'S THESIS
AN INVESTIGATION INTO THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSES'
DISASTER PREPAREDNESS AND THEIR STRESS COPING STYLES

Mehmet Nur GEYİK
HARRAN UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF NURSING

Advisor: Dr. Lecturer Arzu TİMÜÇİN
Year: 2025 Total Pages: 82

The study population consists of 3,034 nurses working in five hospitals, including four hospitals affiliated with the Diyarbakır Provincial Health Directorate and one university hospital. No sampling method was used in the study; instead, the aim was to reach the entire population. The sample of the study consisted of 787 nurses. The data for the study were collected by the researcher through face-to-face interviews. The data were analyzed using the SPSS 22.0 statistical program to determine descriptive characteristics through frequency and percentage analyses; t-tests and one-way analysis of variance were used for comparisons, and Pearson correlation analysis was used to determine the relationships between the scales. The findings of the study show that the average basic competency score for nurses' disaster preparedness level (138.73 ± 38.70) is above average. In the sub-dimensions, general diagnosis (40.30 ± 11.84) and technical (45.68 ± 13.15) skills were above average, while communication (24.18 ± 8.03), critical thinking (11.52 ± 3.86), and specialized diagnosis (17.05 ± 5.87) skills were found to be below average. The stress coping style sub-dimensions of the nurses in the sample showed that their self-confident (12.37 ± 4.20), helpless (11.81 ± 4.74), and submissive (8.82 ± 3.97) attitudes were above average, while their optimistic (8.50 ± 3.00) and social support (6.50 ± 2.09) attitudes were found to be around the average. A low-level positive, statistically significant relationship was found between nurses' disaster preparedness competence levels and their coping styles. The highest correlations were found between the total disaster preparedness competence scores and three subscales of the coping style scale: self-confidence ($r=0.254$, $p<0.01$), communication skills ($r=0.255$, $p<0.01$), and technical skills ($r=0.251$, $p<0.01$). Considering the results obtained from the study, it is suggested that greater emphasis should be placed on practical exercises and simulation applications that reinforce theoretical knowledge on disaster preparedness and stress management in nursing education and in-service training.

Keywords: Nursing, Disaster Preparedness, Stress Coping Strategies

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamda bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, değerli katkılarıyla bana rehberlik eden, her türlü kolaylığı sağlayan , danışman hocam Sn. Dr. Öğr. Üyesi Arzu TİMUÇİN'e ,

Tez çalışmalarımda maddi manevi desteğiyle her zaman yanımda duran ve destekleyen, başarıma sonsuz katkısı olan kıymetli eşim Aynur GEYİK'e, kendileri küçük olsa da yürekleri büyük olan prenses kızlarım Defne ve Öykü GEYİK'e, zor zamanlarda desteklerini bizden esirgemeyen Aysel ALTUNBAY ve aile fertlerine ayrı ayrı teşekkür ederim.

Çalışmamın veri toplama aşamasında yardım ve katkıları için SBÜ Gazi Yaşargil EAH, Dicle Üniversitesi Hastaneleri, Dağkapı Devlet Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan tüm değerli hemşirelere ve mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Mehmet Nur GEYİK

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Dünyada Gözlenen Afet Türleri.....	6
Çizelge 2.2. 2023 Yılı Doğa Kaynaklı Olay İstatistikleri.....	6
Çizelge 2.3. Afet Yönetim Modelinin Aşamaları	10
Çizelge 3.1. Normal Dağılım.....	23
Çizelge 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	28
Çizelge 4.2. Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özellikleri	29
Çizelge 4.3. Hemşirelerin Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği İle Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	31
Çizelge 4.4. . Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları.....	32
Çizelge 4.5 Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar	33
Çizelge 4.6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutlardan Aldıkları Puanlar.....	35
Çizelge 4.7. Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar.....	36
Çizelge 4.8. Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlar ile Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Arasında Korelasyonları	38

KISALTMALAR

AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
AMP	: Acil Müdahale Planı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
HAP	: Hastane Afet ve Acil Durum Planı
HICS	: Hastane Olay Yönetim Sistemi
ICN	: International Council of Nurses / Uluslararası Hemşirelik Konseyi
IFRC	: Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Federasyonu
KBRN	: Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer
ODD	: Olağan Dışı Durum
OYE	: Olay Yönetim Ekibi
OYS	: Olay Yönetim Sistemi
PAHO	: Pan American Health Organization / Pan Amerikan <i>Sağlık Örgütü</i>
TAMP	: Türkiye Afet Müdahale Planı
UMKE	: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
YDAMP	: Yerel Düzey Afet Müdahale Planı

1.GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde çok sayıda afet meydana gelmekte ve meydana gelen bu afetler ve acil durumlardan edinilen tecrübeler, tüm kurum ve tesislerin kendilerine özgü potansiyel tehlikeler ile bu tehlikelerin neden olacağı olası risk faktörlerini belirleyerek, oluşabilecek olumsuzlara karşı hazırlıklı olmaları gerektiğini göstermiştir. Afetlerin insanlık tarihi boyunca toplumların hayatını etkilediği görülmüştür. Son yıllarda afetlerin küresel ölçekte sıklığı, çeşitliliği ve yarattığı etkilerde belirgin bir artış gözlemlenmekte; bu durum, çok sayıda insanın yaşamını yitirmesine yol açmaktadır (Veenema, 2007; Baack ve Alfred, 2013). Ülkemiz, jeolojik ve coğrafi özellikleri nedeniyle afetlere oldukça açık bir konumda bulunmaktadır. Özellikle son yıllarda meydana gelen olaylar, bu durumun önemini daha da belirgin hale getirmiştir. Nitekim 1999 yılında meydana gelen Marmara Depremi, 2003'te İstanbul merkezli sinagog ve bankaya yapılan bombalı saldırılar ile 2011 yılında yaşanan Van Depremi gibi örnekler, Türkiye'nin hem doğal hem de insan kaynaklı afetler açısından yüksek risk taşıdığını göstermektedir (Demirkasımoğlu, 2016). Türkiye'de yaşanan Marmara Depremi, ülkemiz için afetin yönetilmesi ve müdahale edilmesi bakımından kırılma olmuştur. Söz konusu depremde edinilen olumsuz deneyimler, mevcut afet yönetim sisteminin etkinliğinin tartışmaya açılmasına neden olmuş ve bu doğrultuda yasal düzenlemelerde çeşitli değişiklikler yapılmasını zorunlu kılmıştır (Özmen, 2017). En son 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş Pazarcık merkezli art arda meydana gelen 7.6. ve 7.7 şiddetindeki 11 ili kapsayan yüz yılın deprem felaketi de bu tür afetlerin tahrip boyutunun öngörülemez olduğunun kanıtıdır. Afetlerle karşılaşma olasılığı dikkate alındığında, sağlık sektörünün tüm alanlarında afetlere yönelik hazırlık süreci artık bireysel tercihe bırakılmamakta; aksine, zorunlu ve kritik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Kalanlar ve Kubilay, 2015). Ülkemizde afetlerin sıkça yaşanmasına karşın, afetlere hazırlık düzeyinin ve alınan önlemlerin yetersizliği ile toplumda afet bilincinin yeterince gelişmemiş olması, afetlerle başa çıkma kapasitesini olumsuz yönde etkileyen temel unsurlar arasında değerlendirilmektedir (Erkan, 2010; Işık ve ark., 2012). Afet koşullarında artış gösteren tıbbi bakım ve tedavi gereksinimlerinin karşılanması da kurumların temel sorumluluk alanları içerisinde değerlendirilmektedir (Kadıoğlu ve Bek, 2009). Bu bağlamda, diğer kurumlarla kıyaslandığında sağlık kuruluşlarının afetlere yönelik hazırlık çalışmalarını yürütmeleri, kritik bir öneme sahip olmaktadır (Çelik, 2010; Özmen ve ark., 2013). Afet öncesi, afet sırası ve sonrasında hem kendilerinin hem yakın çevrelerinin ve toplumun sağlığının geliştirilip korunmasında etkin rol alan sağlık personelleri hemşirelerdir (Taşkiran ve Baykal, 2017). “Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri” birimi içinde yer alan “Ulusal Medikal Kurtarma

Ekibi (UMKE)”nin büyük çoğunluğu hekim ve hemşirelerden oluşturmaktadır (Demirbaş ve ark., 2013). ICN (Uluslararası Hemşirelik Konseyi) de, hemşirelerin afetlere yönelik hazırlık ve müdahale sürecinde gerekli bilgi ve becerilere sahip olmaları, afet bakımının planlanması ve bu planların etkin biçimde uygulanması açısından temel bir gereklilik olarak vurgulanmaktadır (Loke ve Fung, 2014). Bu perspektiften değerlendirildiğinde, hemşirelerin uzmanlık alanlarından bağımsız olarak afet yönetimine ilişkin bilgi sahibi olmaları ve afetlerin tüm aşamalarında aktif rol üstlenmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin afetler sırasında gösterecekleri yüksek düzeydeki yetkinlik ve yeterlilik, etkin bir sağlık hizmeti sunumu açısından kritik önem taşımaktadır. Ancak, ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan araştırmalar, hemşirelerin afetlere yönelik hazırlık düzeylerinin genellikle yetersiz ve düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Baack ve Alfred, 2013; Grochtdreis ve ark., 2016; Çelik, 2010; Özcan, 2013). Elde edilen bulgular, hemşirelerin afetlere müdahale konusunda kendilerini yeterince hazırlıklı hissetmediklerini ve sahip oldukları eğitim ile becerilerin afetlere yönelik girişimleri gerçekleştirmek için istenilen düzeyde olmadığını ortaya koymuştur (Fung ve ark., 2008; Diab ve Mabrouk, 2015; Labrague ve ark., 2016; Chii Tzeng W. ve ark., 2016). Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin afetlere hazırlık açısından gerekli temel yeterlilik alanlarındaki becerileri yerine getirme konusunda kendilerini genellikle “yardımla yapabilir” veya “yapabilir” düzeyinde değerlendirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Çelik, 2010). Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği”nin geliştirilmesine yönelik yürütülen bir araştırmada, katılımcı hemşirelerin büyük çoğunluğu kendilerini afetlere karşı “kısmen hazır” olarak değerlendirmiştir. Ancak ölçekten elde edilen bulgular, hemşirelerin hazırlık evresinde yüksek düzeyde puan aldıklarını, müdahale aşaması ve afet sonrası aşamalarda ise orta seviyede puanlara sahip olduklarını göstermiştir (Özcan, 2013). Her türlü afet ve acil durumlarda hastanelerin sunduğu sağlık hizmetinin sürdürülebilirliği için mevzuat gereği HAP’ların hazırlanmasının gerekli olduğu görülmüştür. HAP’ların, olağan dışı şartlarında hastane hizmetlerinin kesintisiz devamlılığını sağlayarak, başvuran hasta ve yaralılara en efektif tedavi hizmetinin sunulmasını ve görev yapacak personelin ihtiyaçlarını ve güvenliklerini gözetmeyi esas aldığı görülmektedir (<http://tdvm.afad.gov.tr>).

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma hemşirelerin afetlere hazır oluş durumları ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelerin afet durumlarına hazırlık düzeyi nedir?
2. Hemşirelerin afet durumlarına hazırlık düzeyini hangi değişkenler etkiler?

3. Hemşirelerin stres düzeyleri nedir ?
4. Hemşirelerin stres düzeylerini hangi değişkenler etkiler?
5. Hemşirelerin afetlere hazırlık düzeyleri ile stres düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. Afetle İlgili Temel Kavramlar

2.1.1. Afet Tanımı

Afetler, birden fazla kurum ve kuruluşun birlikte eşgüdümlü bir şekilde çalışması gereken, toplumlarda fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan, insanların yaşantısını aksatan, olayla başetme kaynaklarını aşan olaylardır. “Afet” kavramı, farklı dillerde benzer kökenlere dayanmaktadır. İngilizce disaster, Fransızca désastre ve İtalyanca disastro sözcükleri aynı etimolojik kaynaktan türemiştir. “Dis-” olumsuzluk bildiren bir ön ek olup, “astro” ise Latince *astrum* ve Grekçe *astron* sözcüklerinden gelmekte ve “yıldız” anlamını taşımaktadır. Buna göre *disastro* kelimesi, “yıldızların olumsuz bir konumda bulunması halinde felaketin gerçekleşeceği” inancına dayandırılmaktadır. Bu etimolojik yaklaşım, insanlığın çok eski dönemlerden itibaren afetleri gök cisimleri ve astroloji ile ilişkilendirdiğini ortaya koymaktadır (Altıntaş, 2015).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde “afet” kavramı, kökeni Arapça olan bir sözcük olarak tanımlanmakta ve “çeşitli doğal olayların yol açtığı yıkım” anlamında kullanılmaktadır (<https://sozluk.gov.tr>) Literatürde, “afet” kavramı yerine zaman zaman “Olağan Dışı Durum (ODD)” ifadesinin de kullanıldığı görülmektedir. Olağan dışı durum, günlük yaşamın ve toplumsal düzenin bozulması, kesintiye uğraması ve temel işlevlerin sürdürülememesi olarak tanımlanmaktadır (Özmen ve ark., 2013; Şengün, 2007). Türkiye’de sağlık hizmeti sunan çalışanlar, “afet” kavramı yerine “olağandışı durum” ifadesinin kullanılmasının daha uygun olduğunu belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise afetleri, “olağanüstü boyuta ulaşan, ani gelişen, ekolojik nitelikte olup dışarıdan yardım gerektiren olaylar” olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda, bir olayın afet kapsamında değerlendirilebilmesini belirleyen en temel ölçüt, dış yardıma duyulan ihtiyaçtır. Burada dış yardım kavramı yalnızca uluslararası destekle sınırlı olmayıp, ulusal düzeyde sağlanan katkıları da kapsamaktadır. (WHO,2010)

Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Federasyonu (IFRC, 2025), afeti; silahlı çatışmalar dışında, ister ani gelişen ister uzun süreli süreçlerin sonucu olsun, kazalardan ya da doğal ve insan kaynaklı olaylardan kaynaklansın, insan yaşamı, sağlığı, mülkiyeti veya çevresi üzerinde ciddi tehdit oluşturan, büyük ölçekli zarar veren ve toplumsal işleyişi önemli ölçüde bozan bir durum olarak tanımlamaktadır. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı’na (AFAD) göre afet, “Bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur” (<http://tdvm.afad.gov.tr>). Birleşmiş Milletler afeti, insanlar için can, fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan, normal yaşamı durdurarak veya kesintiye uğratarak toplumları etkileyen, yerel imkanlar ile

kontrol altına alınamayan ve üstesinden gelinmesi mümkün olmayan her türlü doğal, teknolojik ya da insan kökenli olaylar ifade etmektedir (<https://www.undrr.org/terminology/disaster>). Kısaca söylemek gerekirse afet, doğal, teknolojik ya da insan kökenli olayların yol açtığı olumsuz sonuçlar bütünüdür (Özmen, Gerdan ve Ergünay, 2015).

Literatürde afet kavramına ilişkin genel kabul gören bazı ortak unsurlar bulunsa da, üzerinde uzlaşıya varılmış kesin bir tanım bulunmamaktadır. Bu ortak unsurlar arasında afetlerin öngörülemeyen bir zamanda ve ani biçimde meydana gelmesi, yüksek sayıda ölüm ve yaralanmalara yol açması, ciddi ekonomik kayıplara neden olması, afet bölgesindeki mevcut imkânların müdahalede yetersiz kalması ve dış yardıma ihtiyaç duyulması yer almaktadır (Yavuz, 2014). Türkiye’de 2009 yılında kabul edilen 5902 sayılı *Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun*, afet kavramını; toplumun bütününe ya da belirli kesimlerini etkileyerek fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara yol açan, günlük yaşamı ve insan faaliyetlerini kesintiye uğratan veya tamamen durduran doğal, teknolojik ya da insan kaynaklı olaylar olarak tanımlamaktadır (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Kanunu, 2009). Bu düzenleme ile bütünlük afet yönetimi anlayışı benimsenmiş, afet yönetiminde görülen çok başlılık sona erdirilerek, farklı kurumların sorumlulukları tek çatı altında toplanmış ve Başbakanlığa bağlı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) açılmıştır (Özmen ve Özden, 2013).

2.1.2 Afet Türleri

Afetler, meydana geliş özelliklerine göre doğal, teknolojik ve insan kaynaklı olmak üzere üç temel grupta incelenmektedir. Bununla birlikte, savaş gibi hem insan kaynaklı hem de teknolojik unsurların bir arada görüldüğü durumlarda ortaya çıkan afetler, “karmaşık afetler” olarak adlandırılmaktadır (Kadıoğlu, 2011).

Türkiye, jeopolitik konumu nedeniyle yalnızca doğal afetlerle değil, aynı zamanda beşerî kaynaklı afetler kapsamında değerlendirilebilecek insani krizlerle de sıkça karşı karşıya kalmaktadır. Bu krizlerin ortaya çıkmasında en önemli etken, ülke çevresinde yaşanan savaşlardır. Afet ve insani kriz risklerinin ölçülmesi ve ülkelerin bu doğrultuda sıralanmasına olanak tanıyan Küresel Risk Endeksi’ne göre Türkiye, 191 ülke arasında 45. sırada yer almakta ve 5,0 endeks puanı ile “yüksek risk” grubunda değerlendirilmektedir (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı [AFAD], 2023)

Çizelge 2.1. Dünyada Gözlenen Afet Türleri

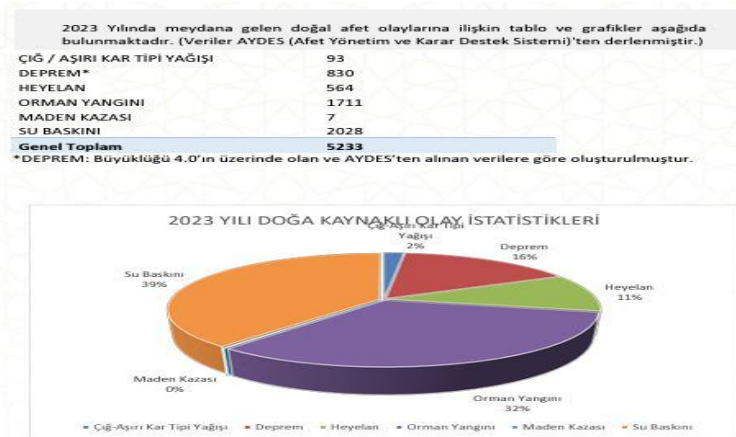
Jeolojik Afetler	Klimatik Afetler		Biyolojik Afetler	Sosyal Afetler	Teknolojik Afetler
•Deprem	•Sıcak	•Tornado	•Erozyon	•Yangınlar	•Maden Kazaları
•Heyelan	Dalgası	•Tipi	•Orman	•Savaşlar	•KBRN Kazaları
•Kaya	•Kuraklık	•Çığ	yangınları	•Terör saldırıları	•Sanayi Kazaları
•Düşmesi	•Dolu	•Aşırı Kar	•Salgınlar	•Göçler	•Ulaşım Kazaları
•Volkanik	•Hortum	Yağışları	•Böcek		
Patlamalar	•Yıldırım	•Asit Yağmurları	İstilasları		
•Çamur	•Kasırga	•Sis			
Akıntıları	•Tayfun	•Buzlanma			
•Tsunami	•Sel	•Hava Kirliliği			
	•Siklonlar	•Orman Yangınları			

www.afad.gov.tr/afet-istatistikleri

2.1.2.1. Doğal Afetler

Doğal afetler; doğa olaylarının sonucunda meydana gelerek toplumun sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel faaliyetlerini ciddi ölçüde aksatan, can ve mal kayıplarına neden olan afet türleri olarak tanımlanmaktadır (Kadıoğlu, 2011). Dünyada gerçekleşen 31 farklı doğal afet incelendiğinde, bunların 28'inin meteorolojik kökenli olduğu görülmektedir. Doğal afetlerin türleri ve öncelik sıralamaları ise kıtadan kıtaya, ülkeden ülkeye ve hatta bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir (AFAD, 2020). Afet süreçlerinde hemşireler, bireylerin yaşadıkları zorlu deneyimlerle başa çıkmalarına, güven duygularını yeniden kazanmalarına ve yaşamlarını yeniden yapılandırmalarına önemli katkılar sağlamaktadır. Örneğin, sel felaketlerinde hemşireler; uygun hijyen ve sanitasyon önlemlerinin sürdürülmesinde, bulaşıcı hastalık riskine karşı bireylerin korunmasında ve toplumun sağlık eğitimi yoluyla bilinçlendirilmesinde kritik bir rol üstlenmektedir.

Çizelge 2.2. 2023 Yılı Doğa Kaynaklı Olay İstatistikleri



www.afad.gov.tr/afet-istatistikleri

2.1.2.2. Teknolojik Afetler

Teknolojik afetler; bir kuruluşun işletimi sırasında kontrolsüz gelişmeler sonucunda ortaya çıkan, kuruluş içinde veya dışında meydana gelerek çevre ve insan sağlığı üzerinde o anda ya da sonrasında ciddi tehlike oluşturan, bir ya da birden fazla tehlikeli maddenin yol açtığı büyük ölçekli emisyon, nükleer sızıntı, yangın veya patlama gibi olaylar olarak tanımlanmaktadır (Akın, 2017). Bu tür afetler kendiliğinden ortaya çıkabileceği gibi, insan veya doğa kaynaklı olayların tetiklemesiyle de gerçekleşebilmektedir. Örneğin, 2011 yılında Japonya’da meydana gelen 9.1 büyüklüğündeki Tōhoku Depremi sonrasında oluşan tsunami, Fukushima Nükleer Santrali’nde ciddi bir nükleer sızıntıya yol açmıştır. Bu durum, teknolojik afetlerin sekonder afetlerin gelişmesine zemin hazırlayabileceğini ve bunun sonucunda büyük çaplı çevre felaketlerinin ortaya çıkabileceğini göstermektedir (AFAD, 2020).

2.1.2.3. İnsan Kaynaklı Afetler

“İnsan Yapımı Afetler” modeli, Barry Turner tarafından yapılan afete karşı savunmasızlığın ilk kuramsal açıklamasıdır. Hem afet hem de kaza araştırmacıları için merkezi tarihsel ve güncel bilgileri barındıran bu modelin ilk yayınında, insan kaynaklı felaketler 5 ile 10 yıl öncesine dayandırılmaktaydı. Kavramsal temellerinin çoğunu hem Avrupa hem de ABD perspektiflerinden alan 1980’lerin çalışmaları mevcut kavramsal anlayışa katkıda bulunmuşlardır. (Turner, 1978).

İnsan kaynaklı savaşlar, iç çatışmalar, boru hatlarında meydana gelen patlamalar, gaz sistemlerinde meydana gelen kesintiler, radyolojik kazalar, terörist saldırılar, kitlesel olarak meydana gelen göç olayları gibi küresel ölçekli gelişmelerin yanı sıra, yanlış veya eksik yapılan planlama ve uygulamalardan kaynaklanan mahalli ve bölgesel olayların yol açtığı afet niteliğindeki sonuçların tümünü kapsamaktadır (Kadioğlu, 2011). Bu kapsamda; asit yağmurları, ateşli silahlarla gerçekleştirilen saldırılar, ayaklanmalar, boykot ve grev gibi toplumsal olaylar, kurum içi kimyasal kazalar, bina, tünel ve maden çökmeleri, biyolojik saldırılar, bomba tehditleri, cephane ve boru hattı patlamaları insan kaynaklı afetlere örnek teşkil etmektedir. Ayrıca, atıkların birikmesi, kritik sistemlerde meydana gelen kesintiler, organize sanayi bölgelerinde meydana gelen kazalar, evlerde ve toplu yaşam alanları yangınları, uçucu gaz ve kimyevi sızıntılar, gıdaya bağlı zehirlenmeler, göçler, hava kirliliği, hayvan ve bitkilerde salgın hastalıklar da bu afet grubunda değerlendirilmektedir. Bunun yanında bölgesel ve küresel savaşlar, iş yeri kazaları, işgal durumları, pilotaj hatalarından kaynaklanan kara, deniz, hava ve demiryolu kazaları, kıtlık ve açlık, küresel iklim değişikliği, küresel ısınma ve ormansızlaşma radyasyon, radyolojik kazalar, rehin alma, sabotaj, salgın hastalıklar, tehlikeli maddeler, terör, zehirli atıklar vb. oluşumu insana bağlı, genellikle

duyarsızlık sonucu ortaya çıkan ve afet olarak nitelendirilen olaylar olarak ifade edilmektedir (Ergünay, 2005; Yeşilkuş, 2011).

Türkiye’de insan kaynaklı afetlere örnek teşkil eden pek çok olay yaşanmıştır. Dünyanın en büyük nükleer kazalarından biri olarak kabul edilen Çernobil nükleer kaza faciası, 2002’den beri görülen KKKA (Kırım Kongo Kanamalı Ateşi) vakalarına zemin hazırlayan keneye bağlı salgınlar, 2005 yılındaki deli dana hastalığı ve 2008’deki kuş gribi, 2004’teki 41 kişinin yaşamını yitirdiği Pamukova tren kazası, 2013 Gezi Parkı toplumsal olayları, 2014’te Manisa’da 301 işçinin hayatını kaybettiği Soma maden kazası, 15 Temmuz darbe girişimi, 2017’de İstanbul’da gece kulübünde gerçekleştirilen silahlı saldırı ve 2020’de tüm dünyayı etkileyen Covid-19 pandemisi bu afet türüne örnek olarak gösterilebilecek başlıca olaylardır. Bu örnekler, insan kaynaklı afetlerin geniş bir yelpazede ortaya çıkabileceğini ve ciddi ölçüde can kaybı ile yaralanmalara yol açabildiğini göstermektedir.

2011 yılına baktığımızda dünya siyasi tarihi ve özellikle Ortadoğu ülkeleri açısından önemli bir dönüm noktası olduğu görmekteyiz. 2011’de başlayan ve “Arap Baharı” olarak ifade edilen olaylar nedeniyle, sadece Ortadoğu’da değil bir çok farklı coğrafyada geniş bir göç hareketliliği yaşanmıştır. 2011-2017 yılları arasında Türkiye’ye gelen Suriyeli sayısı 3 milyonu geçmiştir (<https://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri>). Göç, hareketliliği, ülkemizin son iki yüzyılının en önemli değişim dinamikleridir. Suriye’den Türkiye’ye doğru yaşanan ve on yıldan uzun süredir devam eden bu hareketlilik, ülkemizde toplumsal, kültürel ve sosyodemografik yapıyı etkileyen en önemli olaylardan birisidir. Ülkemizdeki çok sayıda şehir bu değişimden ciddi anlamda etkilenmiştir. Bu etkinin iki yönlü olarak gerçekleşmiştir. Suriyeliler de, bu göç hareketliliğinin sonuçlarından etkilenmiş ve değişmişlerdir (Akin ve Bozbaş, 2020). Savaş ve terör olaylarına bakıldığında, hem doğrudan bedensel yaralanmaya uğrayanlarda, hem de bu duruma tanıklık edenlerde veya yakınları veya tanıdıkları afetlerden doğrudan etkilenen bireylerin yaşadıkları deneyimlerden haberdar olan kişilerde de akut ya da kronik düzeyde ruhsal etkilenmelerin ortaya çıkabildiği belirtilmektedir (Şar, 2017).

Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer kelimelerinin kısaltması olan KBRN, tehlikeli maddelerin neden olduğu kazalar ya da kasıtlı saldırıları tanımlamak amacıyla kullanılan bir terimdir. Günümüzde KBRN ajanlarından elde edilen silahların neden olduğu tehdit ve tehlikelerde de artış görülmektedir. Bunlarla birlikte endüstriyel üretim, sağlık hizmetleri, laboratuvar çalışmaları ve bilimsel araştırmalarda temel ya da ara ürün olarak kullanılan KBRN ajanlarının kazara çevreye yayılma riski bulunmaktadır. Bu maddelerin kullanıldığı veya depolandığı alanlarda tüm güvenlik önlemleri alınsa dahi, insan veya doğa kaynaklı nedenlerle kontrolsüz yayılımlar gerçekleşebilmektedir. Bu nedenle, tehlikeli

maddelerin tespit edilmesi, tanımlanması ve etkisiz hale getirilmesine yönelik çeşitli yasal düzenlemeler yapılmış olup ilgili kurum ve kuruluşlar yetkilendirilmiştir. Radyolojik ve nükleer ajanların kullanıldığı terörist saldırılarında da tüm KBRN olaylarında olduğu gibi arındırma ve triyaj işlemleri sırasıyla büyük bir özenle gerçekleştirilmelidir. Sıcak alan olarak da ifade edilen olay yerinde hızlıca yapılacak arındırma (dekontaminasyon) işlemleri kontamine kişilerin, çevrenin ve ilk müdahalede bulunan kişilerin bulaşıcı ya da zararlı maddelerle temasının önlenmesi sağlayacaktır. Etkili dekontaminasyon ile kontamine kişi sayısının sınırlandırılırken, kazazedelerin tedavileri esnasında radyonükleoidlerin sekonder internal kontaminasyonuna da engel olacaktır. Kaza veya saldırı sonucu kontaminasyon tespit edilen vakaların dekontaminasyon işlemleri, hastane içindeki KBRN dekontaminasyon ünitelerinde veya sahada transfer öncesi müdahale sürecinde, ılık ve soğuk alanlar arasında yapılandırılmış dekontaminasyon ünitelerinde gerçekleştirilmelidir (Ayan ve Dönmez, 2018).

2.2. Afetin Etkileri

Dünya üzerinde günümüzde yaşanan afetler, her yıl daha çok can ve mal kaybına yol açmaktadır (Fahjan, Pakdamar, Eryılmaz ve Kara, 2015). Afetlerin etkileri yalnızca fiziksel zararlarla sınırlı kalmamakta, aynı zamanda bireyler ve toplum üzerinde ekonomik, psikolojik ve sosyolojik boyutlarda da önemli olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (İbiş ve Kesgin, 2014; Yavuz, 2014). Afetlerin etkileri kısa, orta ve uzun vade olarak ele alınabilir:

Kısa vadede; yaralanma ve can kayıpları, alt yapıda meydana gelen bozukluklar ile temel ihtiyaçların karşılanmasında kesintiler meydana gelir. Herkese aynı anda arama kurtarma hizmetleri ulaşamaz ve kişilerde şok etkisi yaşanır. Bulaşıcı ve salgın hastalıklar ortaya çıkar. Eğitim ve öğretim sisteminde, emniyet ve asayiş hizmetlerinde kesintiler yaşanır. Sekonder afetler yaşanabilir.

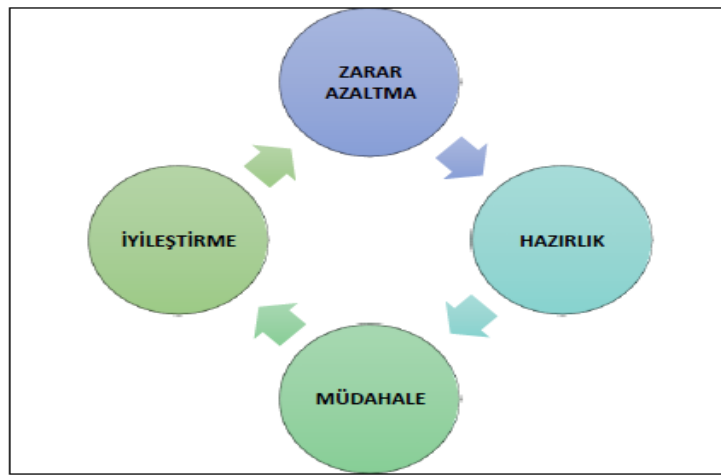
Orta ve uzun vadede; barınma, beslenme sorunları ortaya çıkar. İşsizlikte artışlar gözlenerek psikolojik bozukluklar meydana gelir. Ulaşım ve haberleşmede aksaklıklar yaşanır. Ekonomik yapıda bozukluklar oluşur. Devletin ve özel kurumların planladığı yatırımlarda ertelemeler olur. Farklı sınıfsal konumlar (yoksullar, işçiler, köylüler vb), farklı toplumsal cinsiyet ve roller (kadınlar, çocuklar, yaşlılar, engelli ve hastalar vb) açısından bakıldığında afetlerin etkilerinin herkes için eşit olmadığı ve farklı mağduriyetler ortaya çıkardığı görülmektedir. Afetlerin etkilerine baktığımızda, kişi, aile, toplum ve ulusal düzeyde etkili olduğunu görmekteyiz. Ortaya çıkan yıkımın boyutu ile birlikte yaralanmalar, can kayıpları ve

ekonomik kayıplar doğrudan bireyleri ve aileleri etkilerken; eğitim, sağlık ve psikolojik açıdan aksamaları dolaylı etkiler olarak görmekteyiz (Erdur Baker, 2014).

2.2.1. Afet Yönetimi

Birçok çalışmada afet yönetimi 4 bölüme ayrılmıştır. Bu bölümler; zarar azaltma, hazırlık, müdahale, iyileştirme aşamalarıdır (Özmen, 2015; Akyel, 2007; Şahin, 2009; Işık ve ark., 2012, Kadioğlu ve Özdamar, 2008). Afet yönetim modelinin, zarar azaltma ve hazırlık aşamaları risk yönetimini ifade ederken, müdahale ve iyileştirme aşamaları da kriz yönetimi olarak ifade edilmektedir (Özmen, 2017).

Çizelge 2.3. Afet Yönetim Modelinin Aşamaları



Kaynak: Özmen, 2017

Çizelge 2.3'ten de anlaşılacağı üzere afet yönetiminin aşamaları kesintisizdir ve önceki aşamada gerçekleştirilen uygulamalar, sonraki aşamada yapılacak müdahaleleri doğrudan belirlemekte ve etkilemektedir. Bu açıdan bakıldığında zarar azaltma ve hazırlık aşamaları ne kadar iyi olursa müdahale ve iyileştirme süreleri de o kadar hızlı ve sürdürülebilir durumda olur. Meydana gelen bu döngüyü afet yönetiminin aşamalı süreci isimlendiririz (Özmen, 2017).

Afet Yönetimi Yönetimi Döngüsünde her aşamada yürütülen faaliyetler, bir sonraki aşamada gerçekleştirilecek uygulamaların başarısını doğrudan etkilediği için bu yaklaşım kapsamlı, entegre ya da bütüncül afet yönetimi olarak adlandırılmaktadır. Özellikle zarar azaltma ve hazırlık çalışmalarının etkin biçimde uygulanamaması, müdahale ve iyileştirme süreçlerinde başarısızlığa yol açabilmektedir (Ergünay, 2014).

Zarar azaltma, afetlerin meydana gelme olasılığını ortadan kaldırmayı, en azından etkilerini hafifletmeyi amaçlayan faaliyetlerin tümünü kapsamaktadır. Toplumda afet riskine yönelik

farkındalık oluşturulması, afet öncesi ve sonrası için mevzuatın ve kurumsal yapıların güçlendirilmesi, ayrıca araştırma-geliştirme faaliyetleri ile politika ve stratejilerin ihtiyaç ve öncelikler doğrultusunda şekillendirilmesi bu kapsamda yürütülen çalışmalara örnek olarak gösterilebilir (AFAD, 2013).

Hazırlık, olası bir afet durumunda ortaya çıkabilecek zarar ve risklerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması, risk altındaki canlıların kurtarılması, kayıp kişilerin bulunması ve minimuma indirilmesi, acil yardım gereksinimlerinin giderilmesi amacıyla arama ve kurtarma faaliyetlerinin geliştirilmesi ve güncel kalması için gereken hazırlıkların yapılmasıdır (Özcan, 2013).

Müdahale, afetin meydana gelmesinin hemen ardından başlayan ve afetin yol açtığı kayıp ile zararların büyüklüğüne bağlı olarak şekillenen tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Bu aşamadaki temel amaç; en kısa sürede mümkün olduğunca fazla kişinin hayatını kurtarmak, yaralıların tedavisini sağlamak ve afetten etkilenen bireylerin beslenme, barınma, iletişim, ulaşım, nakil, korunma ile psikososyal destek gibi temel ihtiyaçlarını hızlı ve etkili yöntemlerle karşılamaktır (Kadıoğlu, 2008).

İyileştirme, afet sonrasında toplumun yaşam koşullarını yeniden inşa etmeyi amaçlayan; gelecekte benzer afet risklerini en aza indirmeye ve gerekli düzenlemeleri hayata geçirmeye yönelik kararlar ile uygulamaları kapsamaktadır. Bir afetin meydana geldiği andan başlayarak, afetin büyüklüğüne, etkilenen bölge ve sayı açısından bakıldığında bu süreç 1-5 yıl sürebilmektedir (Şahin, 2009). İyileştirme aşaması, yerel kuruluşların, kamu kurum ve kuruluşların, bireylerin, iş gücü unsurlarının ve yönetsel altyapının kendi işlevlerini sürdürebilir hale gelmesini ve gelecekte yaşanabilecek olası afetlere karşı daha dirençli bir yapıya kavuşturulmasını amaçlayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu aşama, çok boyutlu ve kapsamlı çalışmaların bütünüdür.

2.3. Türkiye’de ve Dünyada Hemşirelerin Afete Hazırlık Durumları

Hemşireler, tarih boyunca sağlık alanındaki teorik ve pratik bilgilerini bakım becerileriyle birleştirerek afetlerde yaralı ve hastaların bakımında etkin roller üstlenmişlerdir (Taşkiran, 2017; Kalanlar, 2015; Labrague, 2018; Tzeng ve ark., 2016). Türkiye’de örgün hemşirelik eğitiminin başlangıcı, 1925 yılında İstanbul’da “Hilali Ahmer Cemiyeti Mektebi” adıyla açılan ve günümüzde Türkiye Kızılay Derneği çatısı altında faaliyetini sürdüren okul ile olmuştur (Kalanlar, 2015). Bu gelişme, hemşirelik eğitiminin ülkemizde kurumsallaşmasının ilk adımı olarak kabul edilmekte ve savaş dönemlerinden günümüze

kadar geçen süreçte hemşirelik mesleğinin giderek geliştiğini ortaya koymaktadır (Bayraktar, 2013).

Modern hemşireliğin temellerinin atılmasından günümüze kadar olan süreçte hemşireler, afet yönetiminde çeşitli roller üstlenmiştir. Hemşirelerin afetlerde üstlenmesi gereken roller; durumu değerlendirme, öncelikleri belirleme, etkili işbirliği kurma, sağlıklı iletişim kurma ve eleştirel düşünme becerilerini kapsamaktadır (Jakeway ve ark., 2008; Kalanlar, 2015). Hemşireler, tıbbi kurtarma faaliyetlerinin uygulayıcısı olarak tüm afet evrelerinde afetzedelere bütüncül bir bakım sağlamaktadır (Thobaity, 2017). Aynı zamanda afet yönetimi sürecinde meydana gelen kayıpları, sakatlıkları, komplikasyonları ve mortalite oranını azaltmada önemli rol oynayan hemşireler, afetlerle ilgili öncelik belirleme, triyaj, hasta/yaralı transferi, bakıma yönelik gereksinimler, sekonder hastalıkların engellemesi, psikososyal destek sağlama, barınak ve sığınakların yönetimi ile rehabilitasyon çalışmalarında da sorumluluk üstlenmektedir (WHO, 2009; Zerea, 2014; Bayraktar ve Dikmen, 2018). Ancak, gerek Türkiye’de gerekse diğer ülkelerde yapılan araştırmalar, hemşirelerin afetlere yönelik hazırlık düzeylerinin, bilgi ve becerilerinin yeterli olmadığını ve afet sürecini yönetmede güçlük yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Fung ve ark., 2008; Baack ve Alfred, 2013; Diab ve Mabrouk, 2015; Çelik, 2010; Özcan, 2013). Örneğin, 311 hemşire ile Tayvan’da gerçekleştirilen bir araştırmada, çalışmaya katılan hemşirelerin afete yönelik hazırlık puanlarının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Çalışmada, hemşirelerin özellikle hastane dışı afet koşullarına hazırlanabilmeleri için lisans eğitiminde afet hemşireliği ile ilgili dersler verilmesi ve bu bilgilerin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Chii Tzeng W. ve ark., 2016). Benzer şekilde, 295 hemşirelik öğrencisiyle yapılan başka bir araştırmada öğrencilerin triyaj uygulamaları, dekontaminasyon süreçleri, afet sonrasında kurulan sahra hastaneleri ve kendi rollerine ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Hisar ve Yurdakul, 2015).

‘Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği’nin geliştirilmesine yönelik bir çalışmada ise hemşirelerin büyük çoğunluğu kendilerini afetlere karşı yalnızca kısmen hazır görmüş; buna karşın ölçek değerlendirmesinde hazırlık aşamasında yüksek, müdahale ve afet sonrası aşamalarda ise orta düzeyde puan aldıkları belirlenmiştir (Özcan, 2013). Bu bulgu, afet hemşireliği eğitimlerinin güçlendirilmesiyle hemşirelerin afetlerde daha etkin rol üstlenebileceğini göstermektedir (Çelik, 2010).

Türkiye özelinde, AFAD’ın 28 Kasım 2011 tarihli Van Depremleri Faaliyet Raporu’nda, 23 Ekim ve 9 Kasım depremleri sonucunda bölgedeki yapı stoğu nedeniyle ağır hasar meydana geldiği ve çok sayıda can kaybının yaşandığı bildirilmiştir. Deprem sonrası

bölgeye toplam 2976 sağlık personeli sevk edilmiştir. Sağlık hizmetleri sunumunda hemşire ve hemşire dışı sağlık çalışanlarının yaşadığı güçlükler ise toplumsal kuruluşların raporlarında yer bulmuştur. Nitekim Türk Hemşireler Derneği, Van depremi sonrasında yaptığı açıklamada hemşirelerin barınma, çalışma koşulları, ekonomik sorunlar ile sosyal ve psikolojik destek yetersizlikleri gibi pek çok alanda zorluklar yaşadığını belirtmiştir (Kalanlar ve Kubilay, 2015).

Ülkemizde hemşirelerin afetlerde üstlendikleri rollere ilişkin yasal mevzuata bakıldığında bazı eksiklikler görülmektedir. 2010’da yayımlanan Hemşirelik Uygulama Yönetmeliğinde, ‘hemşireler olağanüstü durumlarda afet planı doğrultusunda ilgili birimlerle iş birliği içinde acil planlamaları yapar, protokol geliştirir ve gerekli durumlarda uygulamaya koymak için ekip hazırlar’ ibareleriyle sınırları olan bir görev yüklenmektedir. Olağanüstü Hâl Kanunu” ve “Sivil Savunma Kanunu”nda hemşirelerin afet süreçlerindeki görev, rol ve sorumlulukları açık şekilde belirtilmemektedir. Bu nedenle hemşirelerin afetlerde etkin bir rol üstlenebilmeleri için mevcut becerilerini gözden geçirmeleri, geliştirmeleri ve güçlendirmeleri gerekmektedir. Hemşirelik eğitiminin, mezunlarını bu önemli sorumluluklara hazırlayacak nitelikte yapılandırılması büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de, afet hemşireliği ve afet yönetimi konularını kapsamlı şekilde ele alan eğitim ihtiyacı hala devam etmektedir (Kalanlar ve Kubilay, 2015)

2.4. Afetlerde Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları

Afetlerin ani ve beklenmedik şekilde meydana gelmesi, afet yönetimini olağan durum yönetim koşullarından farklılaştırmaktadır (Ekşi, 2015). Günümüzde modern afet yönetimi anlayışında, zarar azaltma ve önleme faaliyetlerinin önceliklendirilmesi ile birlikte, tüm kamu kurum ve kuruluşlarının sürece aktif biçimde katılımını gerektiren bütüncül bir yapı oluşturulması gerektiği yönündeki yaklaşım ön plana çıkmaktadır. “Afet hemşireliği” kavramı; afetlerin yol açtığı fiziksel ve psikososyal risklerin en aza indirilmesi amacıyla, hemşirelerin sahip oldukları mesleki bilgi ve becerileri diğer meslek grupları ile iş birliği içinde, sistematik ve organize bir biçimde kullanmaları sonucunda gelişen bir uzmanlık alanı olarak ortaya çıkmıştır (Chapman ve Arbon, 2008).

Araştırma bulguları, afetlere müdahale sürecinde hemşirelerin etkin katılımının mortalite oranlarının azalmasına katkı sağladığını, acil durumlarda daha yüksek düzeyde esneklik ve yetkinlik sergilediklerini ve ekip çalışmasına uyum konusunda daha başarılı olduklarını göstermektedir. Bu yönleriyle değerlendirildiğinde hemşirelerin afetlerde en çok ekip lideri rolünün baskın olduğu görülmüştür (Zarea, 2014). Günümüz koşullarında afetlerin

karmaşık yapısı ve uzun süre devam etmesi, afetlerin her aşamasında etkin olarak çalışabilecek eğitilmiş sağlık profesyonelleri ihtiyacı doğurmuştur (Ergünay ve Özmen, 2013). Afetlerde görev alma gönüllülüğünden çıkıp profesyonel işe dönmek zorundadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), küresel ölçekte afetlerin artış göstermesi nedeniyle, sağlık profesyonellerinin afetleri ne sıklıkla deneyimlediklerinden bağımsız olarak, özellikle ulusal ve yerel düzeyde ortaya çıkabilecek afetlere öncelik verilmek üzere, tüm afetlere yanıt verebilecek düzeyde eğitim almalarını ve bu eğitimlerin uygulamalı tatbikatlarla desteklenmesini önermektedir (WHO, 2013).

Afet hemşireliği yeterliliklerine ilişkin ICN çerçevesi, hemşirelerin sahip olması gereken bilgi, beceri ve tutumları uluslararası ölçekte belirlemek ve standartlaştırmak amacıyla yaygın olarak kullanılan bir kılavuzdur (Loke ve Fung, 2014). ICN, afet yönetiminde hemşirelerin sahip olması gereken temel yetkinlikleri, afet öncesi, afet anı ve afet sonrası olarak üç aşamada ifade etmiştir.

Afet öncesi dönemde yürütülen faaliyetler arasında; afetin olası etkilerine yönelik hazırlık çalışmalarının yapılması, toplumun afetler konusunda bilinçlendirilmesi ve hızlı ile etkili müdahaleyi sağlayacak araç ve kaynakların önceden planlanarak hazır bulundurulması yer almaktadır (Bayraktar ve Dikmen, 2018).

Afet öncesi dönemde hemşirelerin; risklerin tanımlanması, tepki planlarının hayata geçirilmesi, afet türü ne olursa olsun afetlere yönelik hazırlık sürecinde gerekli olan bilgi, beceri ve yetkinliklerin kazanılması gibi temel yetkinliklere sahip olması beklenmektedir

Afet Öncesi Dönem: Hemşirelerin afet öncesinde üstlenmeleri gereken sorumluluklar arasında, bulundukları bölgedeki en sık görülen afet türlerini ve bu afetlere ilişkin eylem planlarını öğrenmek; kurumlarının afet planlama süreçlerine aktif katılım sağlamak; düzenlenen eğitim, tatbikat ve organizasyonlarda görevlerini bilerek rol almak yer almaktadır. Ayrıca, afet koordinasyon birimleri ve sivil savunma ekipleri ile iş birliği yaparak kurum ve bireysel afet planlarındaki eksiklikleri gidermek hemşirelerin önemli görevlerindendir. Bunun yanı sıra, Kızılay ve sivil savunma gibi kuruluşların yürüttüğü çalışmaları takip ederek, kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN) kaynaklı afetlerden korunma, dekontaminasyon, izolasyon ve bildirim konularında hem kurum çalışanlarını hem de toplumu bilgilendirmek gerekmektedir. Afet öncesi dönemde ayrıca surveyans çalışmaları, acil hasta değerlendirmesi ve triyaj konularındaki bilgi ve becerilerin güncel tutulması önem arz etmektedir (Bayraktar ve Dikmen, 2018).

Afet Anı ve Müdahale Dönemi: Afet anında hemşirelerin temel görevi, kurumlarının afet ve acil durum planında kendilerine tanımlanan pozisyonları yerine getirmektir. Bu süreçte acil

bakım ve tedavi ihtiyaçlarının belirlenmesi, gerekli ilaç ve tıbbi malzemelerin kontrol edilmesi ve temin edilmesi, afetzedelere ve sağlık çalışanlarına psikososyal destek sağlanması hemşirelik sorumlulukları arasında yer almaktadır. Ayrıca, sağlık ekibi ile birlikte triyaj ve ilk yardım faaliyetlerinin yürütülmesi, mevcut durumun analiz edilerek personel yetersizliğinde idari görevlerin üstlenilmesi ve gerektiğinde destek talebinde bulunulması beklenmektedir. Afet sonrası ortaya çıkabilecek sanitasyon sorunları (hava, yiyecek ve su kirliliği gibi) halk sağlığı ekipleriyle ortak çalışma içinde yürütülmeli; halkı koruyucu sağlık hizmetleri, sanitasyon ve izolasyon uygulamaları desteklenmelidir. Afetin uzaması halinde hemşireler, paydaş kurumlarla birlikte geçici barınma ve çadırlarda yaşayan bireylere koruyucu sağlık hizmetleri, acil bakım, sağlık taramaları ve aşılama gibi birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmalıdır. Olağan dönemde farklı birimlerde görev yapan hemşireler ise hastane afet ve acil durum planı aktive edildiğinde ek görev ve sorumluluklar üstlenmektedir (Demirbaş ve ark., 2013).

Afet Sonrası Dönem: Afet sonrası süreç, afetin neden olduğu olumsuzluklarla başa çıkmayı, normale dönüşü desteklemeyi ve tekrar meydana gelebilecek afetlere yönelik veri toplama ile bu verilerin analiz edilmesini kapsamaktadır. Kurtarma, yeniden yapılandırma, rehabilitasyon ve iyileştirme çalışmalarında hemşireler aktif rol üstlenmektedir. Yönetici hemşirelerin ise afet sürecinde kritik görevleri bulunmaktadır. Bu kapsamda hızlı ve doğru karar verebilmek için yönetim, planlama, örgütleme, yönlendirme, koordinasyon ve kontrol gibi konularda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Vatan ve ark., 2010).

Tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan hemşirelik süreci, afetlerin tüm evrelerinde hemşirelerin rol ve sorumluluklarını belirlemektedir. Hemşireler afet yönetiminde vaka yöneticisi, eğitici, ekip üyesi, bakım verici, araştırmacı, yönetici ve ilk yanıt verici rollerini üstlenmektedir (INCMCE, 2003; Kalanlar ve Kubilay, 2015). Afetlerde sınırlı kaynaklarla çok sayıda yaralı ve ölüyle ilgilenebilme becerisi, hemşirelik uygulamalarının en kritik yönlerinden biridir. Bu noktada, afet hemşireliği eğitiminde kullanılan modeller, hemşirelere etkili müdahale için rehberlik etmektedir (Erdoğan, 2018). Afetzedelere ve savunmasız gruplara hizmet sunmak, titizlik, sorumluluk ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (Bayraktar, 2014).

2.4.1. 2023 Kahramanmaraş/Pazarcık Deprem Felaketi

06.02.2023 tarihinde saat 04.17'de merkez üstü Kahramanmaraş'ın Pazarcık ilçesi olan 7,7 ve 7,6 büyüklüğündeki depremden 11 il (Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis, Malatya, Osmaniye, Şanlıurfa ve Elazığ) büyük oranda

etkilenmiştir. Daha sonra 4 Nisan 2023 tarihinde Bingöl, Kayseri, Mardin, Tunceli, Niğde ve Batman illerinde de yer alan bazı yerleşim birimlerinde az, orta veya ağır derecede hasar gören binalar olduğu tespit edilerek 6 il daha afet bölgesi ilan edilmiştir. Depremden sonra deprem bölgesine ülke genelinden sevk edilen UMKE ve 112 Acil Sağlık Ekipleri, gerek yıkılan binalarda yürütülen arama kurtarma çalışmalarında, acil müdahale ünitelerinin kurulumu ve işletilmesinde ve saha taramalarında görev almışlardır. Deprem bölgelerinde mevcut çalışan 850 ambulans, 51 UMKE aracı ile toplam 7839 UMKE ve 112 Acil Sağlık personeline ek olarak ülke genelinden 1253 Ambulans, 245 UMKE Aracı ile 6596 UMKE ve 112 Acil Sağlık personeli görevlendirilmesi yapılmıştır. UMKE ve 112 acil sağlık ekipleri, arama kurtarma çalışmalarının tamamlandığı bölgelerde depremde etkilenen kırsal alanlara ziyaretler düzenlenerek poliklinik hizmeti, evde sağlık hizmeti kapsamındaki tıbbi bakım işlemlerini gerçekleştirdi. (<https://ashgmafetacildb.saglik.gov.tr/TR94986/kahramanmaras-depremicalismalarimiz.html>). Kahramanmaraş merkezli depremde etkilenen illerde 74 bin sağlık personeli ve diğer personellerle birlikte Sağlık Bakanlığının bölgedeki personel sayısı yaklaşık 140 bin olarak açıklandı. Depremi ilk anlarında tüm vakalar çevre illere sevk edilse de deprem bölgesinde daha sonra sahra hastaneleri kurularak bu alanlarda sağlık personelleri görevlendirildi. 11 ilin etkilendiği afet bölgesinde, 114 acil müdahale ünitesi, 25 sahra hastanesi kurularak bütün iş ve işlemlerde hemşireler görev almakta ve bu organizasyonları sağlamaktadır. Hali hazırda bölgede faaliyetler halen sahra hastanelerinde ve çadır/konteyner kentlerde devam etmektedir.

2.5. Stres Kavramının Tanımı

Stres kavramı, insan veya başka canlıların kendilerini güvende hissetmediği hallerde ortaya çıkan denge bozukluğu olarak tanımlanabilir (Tuna ve Baykal, 2013). Başka bir tanımda stres, insan bedeninin her yönüyle zorlukla karşılaşması durumunda bireyin dengesi için tehlike arz eden bir durum olarak açıklanmıştır (Can ve ark., 2019). Stres kavramını ilk kez Selye kullanarak canlı organizmanın değişik olaylarla karşılaştığında verdiği negatif tepki olarak açıklamıştır. Selye, olumlu durumlar için “eustress”, olumsuz durumlar için ise “distress” kavramları kullanarak olumlu ve olumsuz yönleriyle stresi ele almıştır. Selye, kişinin güvende olmadığını düşündüğü şartlarda distressin, ortaya çıktığını ifade etmiştir (Aksu, 2020). Stres kavramı genel olarak bireyin karşılaştığı olumsuz durumlara karşı gösterdiği direnç olarak ifade edilip; insanın hayatı için uyarıcı olarak gördüğü durumlara karşı gösterdiği çok boyutlu tepkinin sonucudur (Koç ve ark., 2017). Bu dirence karşı gösterilen tepki olumlu ve olumsuz olabilmektedir. Bu kavramların yanı sıra Türk Dil

Kurumu stresi, “ruhsal gerilim” olarak tanımlanmaktadır (<https://tdk.gov.tr/>). Bireyin her yönüyle zorlanması sonucu ortaya çıkan stres kişiyi motive ediyorsa olumlu, kişinin motivasyonuna ters etki yapar ve kontrol altına alınmazsa olumsuz yönde etki yapar (Engin, 2014; Can ve ark., 2019). Durumun olumlu veya olumsuz sonuçlanması çoğu zaman bireyin kendisine bağlıdır (Kaba, 2019). Kişiyi etkileyen stres kaynaklarına baktığımızda kendi özelliklerinin yanı sıra çevrenin de etkili olduğu görülmektedir. Eğer stresin kişiye hem olumlu hem de olumsuz etkileri varsa ve bu durum süreklilik arz ederse kişi bu durumdan da negatif etkilenir (Gül, 2019). Kişi, çalışma hayatında artan stres ile birlikte bir yandan ekip arkadaşlarıyla uyum içinde olup işini benimsemeye çalışırken diğer taraftan çalıştığı ortama gelme isteğinde azalma, iş motivasyonunun düşmesi, iş bırakma oranları gibi birden fazla olumsuz durum yaşayıp, maddi anlamda da zarara neden olabilir (Çetin ve ark., 2020; Söyler, 2018). Bu belirtiler karşısında ortaya çıkan stres çalışma hayatını daha da zorlaştırarak, bedensel ve ruhsal semptomların görülmesine neden olur (Özcan, 2018). Genel kanının aksine stres kişiler için her zaman olumsuz değildir ve belirli düzeylerde stres motivasyon ve mücadele için gerekli olarak da kabul edilir (Gündüz, 2019).

2.5.1. Stresin Evreleri

Selye, stresi; alarm, direnç ve tükenme aşamalarını içeren “Genel Uyum Sendromu (General Adaptation Syndrome)” olarak strese uzun süre veya tekrar maruz kalmaya karşı verilen biyolojik yanıt olarak tanımlamıştır (Lovallo, 2005; Yates, 1985).

Alarm evresi : Bu evre organizmanın dış uyaranı stres olarak algılayarak bu duruma hazır olup olmadığının değerlendirdiği ilk evredir (Baltaş, 2018; Güçlü, 2001). Strese neden olan kaynak ortadan kalkınca parasempatik sinir sistemi devreye girer ve birey gevşer. Fakat stres kaynağı hala devam ediyorsa kişi direnç evresine geçecektir (Oğlak, 2019).

Direnç evresi: Burada evrede kişi stresle mücadele etmeye başlar gergin olma durumu, kaygılı olma ve alınganlık gibi semptomlar baş gösterir (Balaban, 2000). Birey stres kaynağına karşı uyum sağlarsa bu süreçte ortaya çıkan olumsuz haller normalleşir (Baltaş, 2018; Güçlü, 2001).

Tükenme evresi : Direnç evresinde verilen mücadele kaybedilirse tükenme evresine geçilir. Bu evrede stres hala devam etmektedir. Birey bu durumla baş edemeyerek tükenmeye başlar ve sonunda ruhsal olarak negatif durumlar ortaya çıkmaktadır (Oğlak, 2019).

2.5.2. Stresin Kaynakları

Olumsuz iletişim ortamı veya içinde bulunulan ekibin gelişip büyümesi, kişinin kendini bu durumda yetersiz ve değersiz görmesi strese neden olabilir. Stresin nedenleri her zaman iş ile ilgili olmayabilir. Bireysel faktörler de stresin ortaya çıkmasında etkili olabilir.

2.5.2.1. Bireysel stres kaynakları

Bireysel stres kaynakları, kişinin psikolojik ve fizyolojik özellikleriyle doğrudan ilişkilidir. Yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, aile yapısı ve ekonomik koşullar bireysel stresörler arasında en sık karşılaşılan faktörlerdir. Özellikle yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan biyolojik değişimler, ruhsal uyum süreçlerindeki farklılıklar ve bilişsel işlevlerde görülen yavaşlamalar, bireyde stres düzeyinin artmasına yol açabilmektedir (Balcı, 2014; Tokmak ve ark., 2011). Kadın veya erkeklerin strese maruz kaldıkları anda verdikleri tepkiler farklılaşarak cinsiyet faktörünün etkilerini göstermektedir (Özcan, 2009; Yıldırım, 2010). Bireylerin stres kaynaklarına karşı verdikleri tepkiler geçmiş tecrübelerinden, kişilik özelliklerinden, sosyal destek kaynaklarından etkilenebilmektedir. Bireyler bu duruma mükemmel davranmaya çalışarak, çok fazla çalışarak, insanları memnun etmek için uğraşarak, acele davranarak, işini kaybetme korkusu yaşayarak, yapabileceğinden fazla iş yükünü sırtlanarak stresin kaynağı çoğu zaman kendileri olmaktadır (Balcı, 2014; Özcan, 2009; Güçlü, 2001). Aile ortamında yaşanan olumsuzluklar kişide strese neden olur (Aksu, 2020). Ekonomik olarak ihtiyaçların yeterli düzeyde karşılanamaması kişide fiziksel ve ruhsal strese neden olabilir (Aksu, 2020).

2.5.2.2. Örgütsel stres kaynakları

Çalışma ortamında stresi ortaya çıkaran nedenler bireyin iş tanımının net olarak belirlenmeyerek, kişiye yüklenen iş yükünün fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Bu tür durumlarda çalışanın kendisine olan güveni azalarak iş yerinde deneyimlediği gerilim de artmaktadır (Yousef, 2002; Biçki, 2016). Fiziksel koşullar açısından çalışma alanının konforu arttıkça kişilerin motivasyonu ile birlikte ortaya çıkan işin/ürünün kalitesi de artacaktır. Kalitesiz ortamlarda olumsuz durumlar ortaya çıkarak iş veriminde düşme, isteksizlik ve kişinin işten soğuması gözlemlenir ve akabinde iş kazaları ve meslek hastalıkları ortaya çıkar. Bu duruma paralel olarak Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1983 yılında çalışma ortamında fiziksel yapıların sebep olduğu sağlık problemlerini tanımlayarak bu duruma “Sağlıksız Yapı Sendromu (Sick Building Syndrome)” adını vermiştir (Cartwright ve ark., 1995). Çalışma ortamında bulunan farklı mikroorganizmaların, enfeksiyöz kaynakların, zararlı kimyasalların ve radyolojik maddeler gibi biyolojik ve kimyasal şartlar da çalışan personelin çeşitli risklerle karşılaşmasına neden olmaktadır (Çögenli ve Erdal, 2018). Kişinin kendi veya iş yaşamı dışında olağan dışı durumların yaşanması olması, yeni bir sürece girilmesi, iş değiştirmek zorunda olması, farklı çevre veya arkadaşlarla tanışması yada ülkeyle ilgili çeşitli durumların olmasını da diğer stres kaynaklarıdır (Garipoğlu, 2007; Durna, 2006).

2.6. Hemşirelikte Stres

Diğer mesleklere kıyasla sağlık çalışanları, daha çok strese yol açacak durumlarla karşılaşmaktadır (Çamkerten ve ark., 2020). Hemşirelik mesleği; zor çalışma şartları, görev yetki ve sorumluluklarındaki belirsizliklerle oldukça stresli ortamlarda yapılmaktadır (Çankaya ve Çiftçi, 2019). Bakım verilen yüksek riskli grup nedeniyle daha fazla stres yaşama bakımından hemşireler risk altındadırlar (Can ve ark., 2019). Hemşirelerin çalışma alanı oldukça geniştir ve çeşitli politikalar nedeniyle bir çok ülkede bulunan sağlık tesislerinde görevlendirilebilirler. Uzun vadeli hizmet verme, yeterli dinlenme koşullarının olmaması, prognozu kötü olan hastalara bakım sunmaları, hasta ve yakınlarına eğitim verilmesi, az sayıda personelle daha çok hizmet sunmaya çalışmak iş ortamında strese sebebiyet vermektedir (Akgül, 2017; Çevik, 2018).

Sağlık sektörü, hem sağlık bakımı alan hem de sağlık bakımı sunanların stres altında olduğu bir sektördür (Görgülü, 1990). Sağlık sektöründe çalışanlar, çalışma ortamının kendi talepleri karşısında yetersizliklerde çeşitli problemler ortaya çıkmaktadır (Çamkerten ve ark., 2020). Yoğun stres düzeyleri, bireylerde depresyon, anksiyete ve tükenmişlik sendromuna yol açabilmekte; daha ağır durumlarda ise travma sonrası stres bozukluğu ile sonuçlanabilmektedir (Vahedian-Azimi ve ark., 2017). Stresle başa çıkma sürecinde hemşirelerin hastalarla kurdukları ilişkinin niteliği, aile desteğinin varlığı ve hekimler ile yönetici hemşirelerle olan iletişim düzeyi önemli rol oynamaktadır (McVicar, 2003; Valizadeh ve ark., 2012). Günümüzde hastanelerdeki karmaşık çalışma ortamı, personel yetersizliği, hastaların bakım gereksinimlerindeki sürekli değişim ile yönetici ve klinisyen hemşirelerin artan sorumlulukları, hemşirelerde yüksek düzeyde stresin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Warshawsky ve Havens, 2014). Hastaların acı, ıstırap ve ölümüyle ilgilenen hemşirelik, bu yönüyle de stresli bir meslektir (Büyükhatipoğlu ve ark., 2010). Mesleki stresin etkileri genel olarak fiziksel ve duygusal boyutlarda görülmektedir. Çoğu birey kısa sürede stresle başa çıkabilse de, kronik stres zamanla çeşitli fizyolojik değişimlere yol açabilmektedir (Biganeh ve ark., 2021). Hemşireliğin oldukça stresli bir meslek olduğu bilinmektedir. Yoğun iş yükü altında çalışan hemşireler, maruz kaldıkları kronik stresin etkisiyle tükenmişlik yaşayabilir, performanslarında düşüş gözlemlenebilir ya da meslekten ayrılma eğilimi gösterebilirler. Sağlık hizmeti sunumunun ön saflarında görev yapan hemşirelerdeki performans kaybı, verilen bakımın kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle yönetici konumundaki kişilerin iş stresini azaltmaya yönelik stratejiler geliştirmesi gerekmektedir (Chen ve ark., 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; hemşirelerin afetlere hazır oluş durumları ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Bu çalışmayla hastanelerde çalışan hemşirelerin afetlere hazır oluş durumlarını ve stres düzeylerini inceleyerek hemşirelerin afet farkındalığı, afet türlerine organize olma, mesleki yetkinliklerine güvenlerini ve afet durumlarına yönelik stres düzeyleri ile ilgili literatüre katkı sağlamak.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Çalışma, Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı merkez ilçelerde yer alan Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Dağkapı Devlet Hastanesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dicle Üniversitesi Hastanesinde çalışan toplam beş hastanede ve araştırmaya katılmaya gönüllü hemşireler ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri 01.11.2023-01.05.2024) tarihleri arasında toplandı.

3.3.1. Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi

Hastane binası, 1969 yılından itibaren Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi olarak hizmet vermeye başlamıştır. 1975 yılında Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nin yatak kapasitesi 400'e çıkarılmış ve Tıp Fakültesi bünyesinde faaliyetlerine devam etmiştir. Ağustos 1982'de günümüzde Devlet Hastanesi olarak kullanılan ana bina 500 yatak kapasitesiyle hizmete açılmış, 1983 yılında ise Doğumevi ve Göğüs Hastalıkları Hastanesi ile birleştirilerek tek başhekimlik çatısı altında toplanmıştır. Aynı yıl içerisinde Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Devlet Hastanesi'nden ayrılarak bağımsız binasına taşınmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından 1987'de Doğumevi, 1988'de Göğüs Pavyonu ve 1991'de Çocuk Hastalıkları Hastanesi müstakil başhekimlikler haline getirilmiş, bu süreçte hastane 10 katlı bir yapıya kavuşturularak yatak kapasitesi 500'e çıkarılmıştır. 2010 yılında Devlet Hastanesi, Ergani yolu 14. kilometrede TOKİ tarafından inşa edilen Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile birleştirilmiş, ancak Şubat 2014'te yeniden ayrılarak bağımsız bir Devlet Hastanesi statüsüne dönmüştür. Daha sonra Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi olarak adı değiştirilmiştir. Hastane Bünyesinde Diyabet Okulu Ve Polikliniği, Engelli Sağlık Kurulu, TRSM, Palyatif Kliniği, Nöroloji Yoğun Bakım, Kardiyoloji Yoğun Bakım ve Genel Yoğun

Bakım gibi özellikli birimleri barındırmaktadır. Hastane günümüzde 400 yataklı ve 428 hemşire ile hizmet vermeye devam etmektedir.

3.3.2. Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Hastane, 18 Mart 1991 tarihinde 100 yatak kapasitesiyle Çocuk Hastalıkları Hastanesi olarak hizmet vermeye başlamıştır. Ancak artan hasta yoğunluğu nedeniyle, 19 Haziran 1995 tarihinde 250 yataklı Göğüs Hastalıkları Hastanesi ile yer değiştirerek, 250 standart yatak kapasitesiyle hizmet sunumuna devam etmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinin ardından, 9 Mart 2006 tarihinde eski SSK Hastanesi binasına taşınmıştır. Günümüzde hastane; 4 Süt Çocuğu Servisi, 1 Büyük Çocuk Servisi, 1 Çocuk Cerrahisi Servisi, 1 Yenidoğan Servisi, 1 Enfeksiyon Servisi ve 2. ile 3. basamak düzeyinde hizmet veren 1 Çocuk Yoğun Bakım Servisi, 1 Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi (2. basamak ve 3. basamak), 1 Acil Yoğun Bakım (2. Basamak), 1 Acil Servis, Yandal (Endokronoloji, Hemotoloji, Nöroloji, KBB ,Metabolizma, Allerji ve İmmünoloji, Kardiyoloji, Üroloji , Nefroloji) Servisleri ve Palyatif bakım merkezi bulunmaktadır. Hastane halen 442 Hasta Yatak sayısı ve 430 hemşire ile hizmete devam etmektedir.

3.3.3. Dağkapı Devlet Hastanesi

Diyarbakır Devlet Hastanesi, 1845 yılında Anadolu Ordusu Hümayunu'na bağlı olarak kurulmuştur. 1870 yılında Osmanlı Devleti'nin 270'inci Diyarbakır Valisi Kurt İsmail Hakkı Paşa döneminde, şehrin yaklaşık bir kilometre kuzeyinde Elazığ yolu üzerinde hastane, kışla, cami ve çeşmeden oluşan bir külliye olarak yeniden inşa edilmiştir. 1947 yılından itibaren mevcut binasında Asker Hastanesi olarak hizmet veren kurum, daha sonra yapılan düzenlemeyle Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Günümüzde 100 yatak kapasiteli olan hastanede, 6 yataklı yoğun bakım ünitesi, ameliyathaneler ve 12 farklı branşta poliklinik hizmeti bulunmakta; ayrıca 86 hemşire görev yapmaktadır.

3.3.4. SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TOKİ tarafından 86.000 m²'lik alanda inşa edilen hastane, 2010 yılından itibaren hasta kabulüne başlamıştır. Kurum bünyesinde tamamı laminar akım sistemine sahip 13 ameliyathane bulunmaktadır. Ameliyathaneler, ilgili branşların ihtiyaçlarına uygun olarak tasarlanmış olup, endoskopik cerrahi uygulamalar ile birlikte beyin cerrahisi, göz ve kulak-burun-boğaz cerrahisinde mikro cerrahi girişimler yapılabilecek cihazlar ile donatılmıştır. Girişimsel işlemler için Gastroenterolojik endoskopi ve bronkoskopi işlemlerinin yapıldığı ve hastaların dinlenebildiği odalarını içeren Endoskopi merkezi kurulmuştur. Onkoloji ek binasında bünyesinde hastalara kemoterapi ve diğer gününbirlik tedaviler uygulanmaktadır.

Radyoloji Ünitesi ise ileri teknolojiye sahip cihazlarla hizmet vermektedir. Bölümde; 1 adet 128 kesitli Bilgisayarlı Tomografi (BT), 1 adet 64 kesitli Bilgisayarlı Tomografi (BT), 2 adet 1,5 Tesla Manyetik Rezonans (MR) görüntüleme cihazı, 3 dijital röntgen cihazı, 1 floroskopi cihazı, 1 portatif röntgen cihazı, 4 ultrasonografi cihazı ile birlikte USG ve Doppler USG hizmetleri sunulmaktadır. Ayrıca Kadın Hastalıkları, Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Ek Binası ve diğer ek hizmet birimleriyle birlikte kurum, 1150 yatak kapasitesi ve 1134 hemşire ile sağlık hizmeti vermektedir.

3.3.5. Dicle Üniversitesi Hastaneleri

Hastane, merkez ana bina ile birlikte Acil ve Travmatoloji Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Çocuk Hastanesi ve Kalp Hastanesi olmak üzere beş ayrı binada hizmet sunmaktadır. Bölge genelinde gerçekleştirilemeyen birçok cerrahi girişim bu hastanede başarıyla uygulanabilmektedir. Böbrek, ilik ve kornea nakillerinin yanı sıra, bıçaksız beyin tümörü cerrahisi, biyonik kulak operasyonları, bariatrik cerrahi ve diğer ileri düzey ameliyatlar kurum bünyesinde gerçekleştirilmektedir. Ayrıca yanık merkezi, kemoterapi ve radyoterapi merkezleri, organ ve doku nakli merkezi, üroloji merkezi, algoloji kliniği ve inme merkezi gibi özellikli birimler aracılığıyla kapsamlı sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Hastanede 274'ü öğretim üyesi olmak üzere toplam 668 akademisyen görev yapmakta, 956 hemşire ile birlikte 1.226 yatak kapasitesiyle dahili ve cerrahi tüm branşlarda hizmet veren bölgenin en büyük sağlık kampüsü konumunda bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi (428), Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi (430), Dağkapı Devlet Hastanesi (86), Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH (1134) ve Dicle Üniversitesi Hastanesi (956) bünyesinde toplam beş hastanede çalışan toplam 3034 hemşire araştırma evrenini oluşturmaktadır. Çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Çalışmada örneklemin %69,97'ine 2123 hemşireye ulaşıldı, ulaşılan hemşirelerden % 37.07 çalışmayı kabul etti. Çalışma, araştırmaya katılmayı kabul eden **787 hemşire** ile yürütülmüştür. Veriler, gönüllü olarak katılım sağlayan hemşirelerden toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu (EK-1), Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluklarında Temel Yeterlilikler Anketi (EK-2) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK-3) kullanılmıştır. Hemşirelerin Afetlere Hazır

Oluşluklarında Temel Yeterlilikler Ölçeği (HAHOTYÖ)'nün iç tutarlılığı Cronbach's Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin genel toplam puanı için hesaplanan Cronbach's Alpha değeri 0,98 olup, oldukça yüksek düzeyde güvenilirlik göstermektedir. Alt boyutlara ilişkin yapılan analizler sonucunda; kritik düşünme becerileri için 0,91, özel tanılama becerileri için 0,93, genel tanılama becerileri için 0,95, teknik beceriler için 0,96 ve iletişim becerileri için 0,94 değerleri elde edilmiştir.

Araştırmada kullanılan bir diğer ölçüm aracı olan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBO)'nun alt boyutları için de güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Buna göre; kendine güvenli tutum için Cronbach's Alpha değeri 0,87, iyimser tutum için 0,83, çaresiz tutum için 0,82, boyun eğici tutum için 0,88 ve sosyal destek tutumu için 0,86 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) değerleri incelenmiştir.

Çizelge 3.1. Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Toplam	-0.167	-0.103
Kritik Düşünme Becerileri	-0.404	0.123
Özel Tanılama Becerileri	-0.474	0.162
Genel Tanılama Becerileri	-0.336	-0.044
Teknik Beceriler	-0.302	-0.244
İletişim Becerileri	-0.538	0.035
Kendine Güvenli Tutum	-0.083	-0.114
İyimser Tutum	-0.003	-0.154
Çaresiz Tutum	-0.131	0.125
Boyun Eğici Tutum	-0.265	-0.004
Sosyal Destek Tutumu	0.137	-0.094

İlgili literatürde, değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin **-1.5 ile +1.5** (Tabachnick ve Fidell, 2013) ya da **-2.0 ile +2.0** (George ve Mallery, 2010) aralığında olmasının normal dağılım varsayımı için kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson

korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde Bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

3.7.Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan bilgi formu 18 sorudan oluşmuştur (İnal ve ark., 2018; Taşkiran, 2015; Çelikli, 2010; Çelik, 2010). Formdaki soruların 7'si çoktan seçmeli, 5'i evet/hayır şeklinde, 3'ü ise hemşirelerin hazırlık algılarını etkileyebilecek faktörleri (afetlerle ilgili eğitim alma durumu, afet algısı durumu gibi) ifade eden sorulardan oluşmaktadır. Tanıtıcı bilgi formunda cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslekte çalışma yılı ve çalıştığı birim ile ilgili sosyodemografik özelliklerin yanı sıra, afet yaşama durumları, afetler hakkındaki bilgi düzeyleri, afetzedeye bakım verme, afet eğitimi alma durumu, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) bilgisi, afete hazırlıklı olma durumları ve hangi olayları afet olarak gördüklerini sorgulayan sorulardan meydana gelmektedir.

3.8.Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluklarında Temel Yeterlilikler Ölçeği (HAHOTYÖ) (Basic Competence Scale of Nurses in Preparedness to Disasters):

Uluslararası Kitle Yaralanmaları Hemşirelik Eğitim Koalisyonu'nun (INCMCE, 2003) hemşirelere yönelik önerdiği yeterlilikler ve literatürden yararlanılarak Çelik ve Nahçıvan tarafından geliştirilen ölçek, toplam 45 maddeden oluşmaktadır. Bu kapsamda, hemşirelerin afetlere hazır oluşlukta temel yeterliliklerine ilişkin algı durumlarını belirlemeye yönelik ifadeler yer almaktadır. Ölçekte hemşirelerin, afete hazır oluşlukları için gereken temel mesleki yeterlilikleri tanımlayan 45 madde bulunmaktadır. Ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlara göre mesleki yeterlilik alanları sırasıyla; **kritik düşünme becerileri** (madde1-4), **özel tanılama becerileri** (madde 5-10), **genel tanılama becerileri** (madde 11-23), **teknik beceriler** (madde 24-37) ve **iletişim becerileridir** (madde 38-45). Ölçek likert tipte olup her bir ifade 1'den 5'e kadar puanlanmıştır. Hemşirelerden 45 maddede sıralanan 5 alandaki becerilere ilişkin kendi yeterliliklerini tanımlamaları istenmiş ve verilen yanıt seçeneklerine göre puanlama; “Bunun öğretilmesi gerekiyor” (1 puan), “Bunu yardımla yapabilirim” (2 puan), “Yapabilirim” (3 puan), “Bunu kolaylıkla yapabilirim” (4 puan) ve “Bunu yapabilirim ve başkalarına öğretirim” (5 puan) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 45, maksimum puan ise 225'tir. Söz konusu ölçekten alınan puan

ne kadar yüksek ise, hemşirelerin afete hazır olma durumu ve temel yeterlilik becerilerini yüksek seviyede algıladıklarını göstermektedir (Çelik, 2010).

3.9. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Stress Coping Styles Scale)

Ölçek, Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında geliştirilen “Ways of Coping Inventory” temel alınarak Türkçe’ye uyarlanmış olup, geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Toplam 30 maddeden oluşan ölçek, 0–3 arası puanlama sistemi ile değerlendirilmektedir. Ölçek iki temel boyuttan oluşmaktadır: soruna yönelik etkili yollar ve duygulara yönelik etkisiz yollar.

- **Soruna yönelik etkili yollar: Kendine güvenli tutum** (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26), **iyimser tutum** (2, 4, 6, 12, 18) ve **sosyal desteğe başvurma** (1, 9, 29, 30) alt boyutlarını içermektedir.
- **Duygulara yönelik etkisiz yollar: Çaresiz tutum** (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28) ve **boyun eğici tutum** (5, 13, 15, 17, 21, 24) alt boyutlarından oluşmaktadır.

Ölçekte **sosyal desteğe başvurma** alt boyutunun hesaplanmasında 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Her alt boyut için puanlar ayrı ayrı değerlendirilmekte, toplam puan hesaplanmamaktadır. Soruna yönelik etkili baş etme yollarını kullanan bireylerin, kendine güvenli tutum, iyimser tutum ve sosyal destek puanlarının yüksek, buna karşın çaresiz ve boyun eğici tutum puanlarının düşük olması beklenmektedir (Şahin ve Durak, 1995).

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Çalışmanın bağımlı değişkenleri hemşirelerin afetlere hazır oluşluklarında temel yeterlilik puanları, hemşirelerin afetlere hazır oluşluklarında temel yeterlilik ölçeğinin kritik düşünme becerileri alt boyut puanı temel yeterlilik anketi ve stresle başa çıkma ölçeği alt boyut toplam puan ortalamalarıdır.

Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslekteki çalışma yılı, çalıştığı birim, birimdeki pozisyonu, meslek yaşantısında afet yaşama durumu, afet yaşamış ise psikolojik destek alma durumu, afetzedelere bakım verme durumu, afetin kişide anksiyete yaşatma durumu, afet ile ilgili aldığı eğitimler, hemşirelerin afetlerdeki rolü hakkındaki fikirleri, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) hakkındaki bilgi sahibi olma durumu, afetlere hazırlıklı olma durumu, afet ile ilgili almak istediği eğitimler, hangi olayları afet olarak nitelendirdikleri, afetlerdeki öncelikleridir.

3.11. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri anket uygulama yöntemi ile belirlenen hastanelerde çalışan hemşirelerin işbirliğiyle, gönüllü onamları alınarak toplandı. Verilerin toplanmasında hemşirelerle yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, çalışmanın amacı anlatılarak, anketi doldurma süreleri hakkında bilgi verildi. Anketler dağıtıldıktan yaklaşık 1 saat sonra toplandı. Yoğun çalışılan kliniklerde araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra veri toplama araçları dağıtıldı. Gerek çalışmanın yoğunluğu gerekse personelin yorgunluğu göz önüne alınarak 3 günde bir kliniklere gidildi, daha az yoğun olan yerlerde bir gün sonra klinik tekrar ziyaret edildi, veriler yaklaşık 5 ay gibi bir sürede toplandı. 3034 kişilik evrenimizden 2123 hemşireye ulaşıldı ancak 787 hemşire anket ve ölçeği tam doldurdu.

3.12. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmada çalışma yapılan hastanelerin birbirinden bağımsız ve büyükşehir olması nedeniyle farklı yerlerde bulunması , yoğun çalışılan klinik çalışanlarının yeterince zaman ayırmak istememesi nedeniyle verilerin toplanması açısından güçlükler yaşanmıştır. Anket doldurmamayan Hemşireler, “ben anket doldurmak istemiyorum”, “Çok yoğunum”, “Anketi doldurmak bana ne fayda sağlayacak” , “Anket yerine bize para verin”, “Boş işlerle uğraşıyorsunuz” gibi ifadelerde bulundular. İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kamu hastanelerinden ve Dicle Üniversitesi Hastanesinden ayrı ayrı izin alınması iki kurumun etik kurullarının farklı zamanlarda çalışması sürecin uzamasına neden oldu. Araştırmanın sınırlılıkları, hemşirelerin vardiya sistemiyle çalışması, izinli veya raporlu olması, yoğun kliniklerde çalışması, araştırmaya katılmak istememeleri sebebiyle tüm evrene ulaşılammıştır.

3.13. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri, Sınırlılıkları

Örnekleme dâhil olma kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Çalışmanın yapıldığı hastanelerde hemşire olarak çalışıyor olmak

Örnekleme dışlanma kriteri;

- Belirtilen kurumlarda çalışmamak

Sınırlılıklar

Kurumlarda çalışan hemşirelerin iş yoğunluğunun fazla olması, gün aşırı vardiya şeklinde çalışmaları, çalışmaya katılmak için yeterli motivasyona sahip olmamaları, ücretsiz

izinde veya doğum izninde olmaları, kadroları hastanede görülmesine rağmen geçici görevlendirmeyle ASM, TRSM, ilçeler ve il/ilçe sağlık müdürlüklerinde görevlendirilmeleri, eğitim/sertifikasyon süreçlerinde olmaları, çalışmaya katılmayı ekstra iş yükü olarak görmeleri araştırmamızı sınırlandırmıştır.

3.14. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de riayet edilmiştir. Bu kapsamda araştırma sürecinde aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik, hakkaniyet, zarar vermeme ve yararlılık ilkeleri gözetilmiştir. Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü'nden onay yazısı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan Etik Kurul İzni, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Başhekimliği, Dicle Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden ve katılımcılardan izin alınmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluklarında Temel Yeterlilik Ölçeği (EK-2) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK-3) için yazarlardan gerekli izinler alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Tanımlayıcı Özellikleri

Hemşirelerin Sosyo-Demografik ile ilgili tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları Çizelge 4.1’de yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Gruplar	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	465	59,1
Erkek	322	40.9
Yaş (Ort=32.340±6.403; Min=18; Maks=62)		
25 ve Altı	105	13.3
26-30	258	32.8
31-35	216	27.4
36-40	111	14.1
41 ve Üzeri	97	12.3
Medeni Durum		
Evli	494	62.8
Bekar	293	37.2
Öğrenim Durumu		
Lise ve Önlisans	108	13.7
Lisans ve Lisansüstü	679	86.3
Mesleki Çalışma Yılı		
1-5 Yıl	277	35.2
6-10 Yıl	256	32.5
11-15 Yıl	137	17.4
16-20 Yıl	68	8.6
21 Yıl ve Üzeri	49	6.2
Kurumdaki Pozisyon		
Klinik hemşireleri	621	78.9
Sorumlu Hemşire	26	3.3
Yönetici/yönetici Yardımcısı Hemşire	8	1.1
İdari Birimler	132	16.7
Çalışılan birimler		
Özellikli Klinikler	271	34.6
Yoğun Bakım Klinikleri	135	17.3
Cerrahi Yatan Klinikleri	72	9.1
Dahili Yatan Klinikleri	171	21.7
İdari Birimler	138	17.3

Araştırmaya katılan hemşirelerin %59,1’i kadın (n=465), %40,9’u erkek (n=322) olup, yaş ortalaması 32,34±6,40 (min=18, maks=62) olarak belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların %13,3’ü 25 yaş ve altı, %32,8’i 26–30 yaş aralığında,

%27,4'ü 31–35 yaş aralığında, %14,1'i 36–40 yaş aralığında ve %12,3'ü 41 yaş ve üzerindedir. Medeni duruma göre hemşirelerin %62,8'i evli, %37,2'si bekârdır. Öğrenim düzeyi açısından katılımcıların büyük çoğunluğunu lisans ve lisansüstü mezunlar %86,3 olduğu görülmüştür. Meslekte çalışma süresi değerlendirildiğinde, %35,2'si 1–5 yıl, %32,5'i 6–10 yıl, %17,4'ü 11–15 yıl, %8,6'sı 16–20 yıl ve %6,2'si 21 yıl ve üzeri süredir hemşirelik yapmaktadır. Kurumdaki görev pozisyonlarına göre katılımcıların % 78,9'unun klinik hemşiresi olduğu, çalışılan birimlere incelendiğinde ise %34,6'sının acil servis gibi özellikli birimlerde çalıştığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.1).

4.2. Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özellikleri

Hemşirelerin afet ile ilgili tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları Çizelge 4.2'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.2. Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özellikleri

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Afet Yaşama Durumu		
Evet	639	81.2
Hayır	148	18.8
Psikolojik Destek Alma		
Evet	116	14.7
Hayır	671	85.3
Gerçek Afetzedeye Bakım		
Evet	505	64.2
Hayır	282	35.8
Afet İhtimalinin Anksiyete Oluşturması		
Evet	513	65.2
Hayır	274	34.8
Afet Eğitimi Alma		
Evet	231	29.4
Hayır	556	70.6
Alınan Afet Eğitimi (n=231)		
AFAD	114	49.4
AKUT	6	2.6
KIZILAY	18	7.8
UMKE	91	39.4
INSARAG (Uluslararası Arama Kurtarma Danışma Grubu)	2	0.9
Hemşirelerin Afetteki Rolü*		
Rol Afet Öncesi	451	57.3
Rol Afet Sırası	694	88.2
Rol Afet Sonrası	709	90.1
Hastane Afet Planı Bilgisi Sahipliği		

Evet	382	48.5
Hayır	405	51.5
Afete Hazırlıklı Hissetme Durumu		
Hiç Hazır Değilim	127	16.1
Kısmen Hazırım	357	45.4
Hazırlıklıyım	231	29.4
Kararsızım	72	9.1
Afete Karşı Alınmak İstenilen Eğitimler*		
İlk Yardım	384	48.8
Triyaj	326	41.4
Yaşam Desteği	363	46.1
Enfeksiyon Kontrol	256	32.5
Travma Müdahale	518	65.8
Psikolojik Yaklaşım	486	61.8
Afet Olarak Nitelendirilme*		
Deprem	780	99.1
Yangın	678	86.1
KBRN	482	61.2
Sel	619	78.7
Toprak Kayması	542	68.9
Çığ	541	68.7
Nükleer Kaza	480	61.0
Afet Esnasında Öncelik		
Mümkün Olan En Kısa Sürede Alanı Terk Etmek	55	7.0
Mümkün Olduğu Kadar Çok Hastayı Tahliye Etmek	169	21.5
Bulunduğum Alanın Sorumlusunun Direktiflerini Yerine Getirmek	158	20.1
Afet Yönetimi İçin Hazırlanan Hastane Afet Planı Protokolüne Uygun Davranmak	405	51.5

*Birden fazla seçilen madde

Katılımcıların %81,2'si meslek yaşamında en az bir kez afet veya olağandışı durum deneyimlemiş, buna karşın yalnızca %14,7'si psikolojik destek almıştır. Gerçek afetzedelere bakım verenlerin oranı %64,2 olup, %65,2'si afet veya olağandışı durum olasılığının kendilerinde anksiyete yarattığını ifade etmiştir. Hemşirelerin yalnızca %29,4'ü daha önce afetle ilgili bir eğitim almış, bu eğitimi alanlar arasında en yaygın kaynaklar AFAD (%49,4) ve UMKE (%39,4) olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.2).

Hemşirelerin afet süreçlerinde rollerine ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, %90,1'i afet sonrası, %88,2'si afet sırasında, %57,3'ü ise afet öncesi süreçte sorumluluk taşıdığını ifade etmiştir. Katılımcıların %48,5'i çalıştığı kurumun hastane afet planı hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiş, %51,5'i ise böyle bir bilgiye sahip olmadığını bildirmiştir. Afete hazırlıklı hissetme düzeyine göre dağılımda, %45,4'ü kendini kısmen hazır, %29,4'ü hazır, %16,1'i hiç hazır değil ve %9,1'i kararsız olarak kendilerini değerlendirdikleri saptanmıştır (Çizelge 4.2).

Afetlere karşı alınmak istenilen eğitimler arasında travma müdahale (%65,8), psikolojik yaklaşım (%61,8), ilk yardım (%48,8), yaşam desteği (%46,1), triyaj (%41,4) ve enfeksiyon kontrolü (%32,5) öne çıkmıştır. Hemşirelerin afet olarak nitelendirdiği durumlar arasında en yüksek oranı deprem (%99,1), yangın (%86,1), sel (%78,7), toprak kayması (%68,9), çığ (%68,7), KBRN olayları (%61,2) ve nükleer kazalar (%61,0) almıştır. Afet anında öncelikli davranış biçimi olarak hemşirelerin %51,5'i hastane afet planına uygun hareket etmeyi, %21,5'i hasta tahliyesini, %20,1'i yöneticinin talimatlarını uygulamayı ve %7'si alanı terk etmeyi ifade ettikleri saptanmıştır (Çizelge 4.2).

4. 3. Hemşirelerin Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği İle Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Çizelge 4.3. Hemşirelerin Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği İle Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

AHTYÖ ve Alt Boyutları	N	Ort	Ss	Ölçek Ranjı
Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Toplam	787	138.729	38.699	45-225
Kritik Düşünme Becerileri Alt Boyutu	787	11.522	3.864	4-20
Özel Tanılama Becerileri Alt Boyutu	787	17.046	5.870	6-30
Genel Tanılama Becerileri Alt Boyutu	787	40.300	11.841	13-65
Teknik Beceriler Alt Boyutu	787	45.682	13.145	14-70
İletişim Becerileri Alt Boyutu	787	24.179	8.026	8-40
SBÇT Alt boyutları	N	Ort	Ss	Ölçek Ranjı
Kendine Güvenli Tutum Alt Boyutu	787	12.374	4.199	0-21
İyimser Tutum Alt Boyutu	787	8.499	3.004	0-15
Çaresiz Tutum Alt Boyutu	787	11.806	4.735	0-24
Boyun Eğici Tutum Alt Boyutu	787	8.817	3.972	0-18
Sosyal Destek Tutumu Alt Boyutu	787	6.504	2.088	0-12

Araştırmaya katılan hemşirelerin afet hazırlık düzeylerine ilişkin temel yeterlilik puan ortalamaları incelendiğinde, Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği genel toplam puan ortalaması 138.73 ± 38.70 olarak bulunmuştur. Alt boyutlar düzeyinde incelendiğinde; kritik düşünme becerileri alt boyutunun ortalaması 11.52 ± 3.86 (ölçek ranjı 4–20), özel tanılama becerileri ortalaması 17.05 ± 5.87 (ranj 6–30), genel tanılama becerileri ortalaması 40.30 ± 11.84 (ranj 13–65), teknik beceriler ortalaması 45.68 ± 13.15 (ranj 14–70) ve iletişim becerileri ortalaması 24.18 ± 8.03 (ranj 8–40) olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, en yüksek ortalama puanın kendine güvenli tutum alt boyutuna ait olduğu

görülmüştür (Ort.=12.37±4.20; ölçek ranjı 0–21). Bu durumu sırasıyla çaresiz tutum (Ort.=11.81±4.74; ranj 0–24), boyun eğici tutum (Ort.=8.82±3.97; ranj 0–18), iyimser tutum (Ort.=8.50±3.00; ranj 0–15) ve sosyal destek tutumu (Ort.=6.50±2.09; ranj 0–12) izlemektedir (Çizelge 4.3).

4.4.Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Çizelge 4.4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Durumları

Demografik Özellikler	n	Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Toplam	Kritik Düşünme Becerileri	Özel Tanılama Becerileri	Genel Tanılama Becerileri	Teknik Becerileri	İletişim Becerileri
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	465	137.22±39.69	11.36±3.91	16.81±5.93	39.82±12.21	45.23±13.42	24.00±8.20
Erkek	322	140.91±37.17	11.76±3.79	17.38±5.78	41.00±11.27	46.34±12.73	24.43±7.77
t=		-1.316	-1.443	-1.338	-1.375	-1.160	-0.743
p=		0.189	0.150	0.181	0.170	0.246	0.458
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
25 Ve Altı ⁽¹⁾	105	134.44±38.62	10.88±3.60	16.74±5.78	39.57±12.30	43.85±13.15	23.40±8.18
26-30 ⁽²⁾	258	140.75±35.59	11.43±3.70	16.94±5.61	41.26±11.11	46.41±12.11	24.71±7.60
31-35 ⁽³⁾	216	142.18±40.32	12.00±4.05	17.57±6.18	41.36±11.99	46.61±13.74	24.63±8.09
36-40 ⁽⁴⁾	111	137.83±38.01	11.71±3.78	17.18±5.43	39.29±11.81	45.45±12.73	24.20±7.96
41 Ve Üzeri ⁽⁵⁾	97	131.35±42.96	11.18±4.13	16.32±6.42	37.33±12.48	43.94±14.71	22.59±8.78
F=		1.832	1.882	0.913	2.708	1.415	1.659
p=		0.121	0.112	0.456	0.029	0.227	0.158
PostHoc=					2>5, 3>5 (p<0.05)		
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evli	494	139.80±39.72	11.62±3.90	17.22±5.92	40.58±12.06	46.10±13.44	24.28±8.09
Bekar	293	136.92±36.90	11.35±3.80	16.74±5.78	39.83±11.48	44.98±12.63	24.02±7.92
t=		1.011	0.954	1.111	0.858	1.161	0.436
p=		0.312	0.340	0.267	0.391	0.246	0.663
Meslekte Çalışma Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1-5 Yıl ⁽¹⁾	277	136.83±34.74	11.07±3.49	16.66±5.38	40.28±11.01	44.64±12.03	24.18±7.65
6-10 Yıl ⁽²⁾	256	142.57±39.45	11.82±3.90	17.51±6.06	41.50±12.06	46.98±13.17	24.77±7.90
11-15 Yıl ⁽³⁾	137	141.06±40.84	12.07±4.14	17.60±5.91	40.64±12.22	46.49±14.22	24.26±8.36
16-20 Yıl ⁽⁴⁾	68	131.35±39.38	11.01±4.13	16.01±6.13	36.93±11.35	44.26±13.27	23.13±8.24
21 Yıl Ve Üzeri ⁽⁵⁾	49	133.08±46.95	11.67±4.33	16.67±6.84	37.86±13.89	44.53±15.37	22.35±9.35
F=		1.808	2.343	1.571	2.609	1.488	1.274
p=		0.125	0.053	0.180	0.035	0.204	0.279
PostHoc=					1>4, 2>4, 3>4, 2>5 (p<0.05)		

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları karşılaştırıldığında, hemşirelerin cinsiyet değişkeni ve medeni durum değişkenlerine göre yapılan analizlerde istatistiksel anlamda anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.4).

4.5. Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Çizelge 4.5. Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Demografik Özellikler	n	Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Toplam	Kritik Düşünme Becerileri	Özel Tanılama Becerileri	Genel Tanılama Becerileri	Teknik Beceriler	İletişim Becerileri
Afet Yaşama Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	639	141.06±38.45	11.75±3.87	17.37±5.90	40.97±11.78	46.48±12.96	24.50±8.03
Hayır	148	128.66±38.29	10.54±3.71	15.66±5.56	37.39±11.71	42.26±13.44	22.80±7.90
t=		3.540	3.453	3.201	3.337	3.544	2.319
p=		0.000	0.001	0.001	0.001	0.000	0.021
Psikolojik Destek Alma		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	116	156.93±32.91	13.25±3.73	20.18±5.56	45.84±9.92	49.95±10.37	27.71±7.08
Hayır	671	135.58±38.78	11.22±3.81	16.50±5.75	39.34±11.89	44.94±13.44	23.57±8.03
t=		5.591	5.304	6.386	5.565	3.818	5.211
p=		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Gerçek Afetzedeye Bakım		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	505	145.15±37.83	12.14±3.82	18.02±5.80	42.24±11.65	47.65±12.81	25.10±7.82
Hayır	282	127.23±37.62	10.41±3.71	15.29±5.58	36.83±11.40	42.17±13.03	22.52±8.14
t=		6.385	6.167	6.413	6.286	5.719	4.370
p=		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Afet Anksiyetesi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	513	135.52±38.92	11.33±3.94	16.68±5.88	39.31±11.91	44.91±13.33	23.30±8.09
Hayır	274	144.73±37.62	11.88±3.71	17.73±5.81	42.16±11.51	47.14±12.69	25.82±7.64
t=		-3.200	-1.918	-2.397	-3.241	-2.272	-4.249
p=		0.001	0.055	0.017	0.001	0.023	0.000
Afet Eğitimi Alma		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	231	140.44±45.73	12.06±4.35	17.76±6.66	40.21±13.69	45.61±14.91	24.80±8.94
Hayır	556	138.02±35.39	11.30±3.62	16.75±5.49	40.34±11.00	45.71±12.35	23.92±7.61
t=		0.800	2.528	2.198	-0.134	-0.093	1.392
p=		0.472	0.020	0.043	0.903	0.931	0.193
Hastane Afet Planı Bilgisi Sahipliği		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	382	147.79±38.83	12.45±3.84	18.58±5.88	42.66±12.05	47.64±12.96	26.46±7.63
Hayır	405	130.18±36.62	10.65±3.69	15.60±5.49	38.07±11.20	43.83±13.07	22.02±7.80
t=		6.549	6.684	7.351	5.537	4.107	8.063
p=		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Afete Hazırlıklı Hissetme Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS

Hiç Hazır Değilim ⁽¹⁾	127	121.00±35.08	9.69±3.54	14.03±4.95	35.17±10.32	41.55±13.46	20.55±7.87
Kısmen Hazırım ⁽²⁾	357	131.20±35.98	10.77±3.62	15.96±5.56	38.16±11.37	43.62±12.55	22.68±7.48
Hazırlıklıyım ⁽³⁾	231	159.05±37.10	13.52±3.71	20.06±5.60	46.25±11.30	51.11±12.61	28.12±7.40
Kararsızım ⁽⁴⁾	72	142.14±35.21	12.07±3.26	18.04±5.36	40.86±10.77	45.79±11.81	25.38±7.68
F=		39.994	40.132	41.939	35.398	21.842	36.136
p=		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
PostHoc=		2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 4>2, 3>4 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 4>2, 3>4 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 4>2, 3>4 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 3>4 (p<0.05)	3>1, 4>1, 3>2, 3>4 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 4>2, 3>4 (p<0.05)
Afet Esnasında Öncelik		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Mümkün Olan En Kısa Sürede Alanı Terketmek ⁽¹⁾	55	121.84±37.57	9.71±3.54	14.40±5.77	36.40±11.41	40.53±12.91	20.80±7.65
Mümkün Olduğu Kadar Çok Hastayı Tahliye Etmek ⁽²⁾	169	129.03±33.55	10.47±3.38	15.43±4.91	37.22±10.67	43.49±12.61	22.43±6.82
Bulunduğum Alanın Sorumlusunun Direktiflerini Yerine Getirmek ⁽³⁾	158	146.38±31.88	12.12±3.46	18.19±5.10	42.82±9.78	47.68±11.43	25.57±7.28
Afet Yönetimi İçin Hazırlanan Hastane Afet Planı	405	142.09±41.83	11.98±4.09	17.63±6.29	41.13±12.71	46.52±13.75	24.83±8.58
Protokolüne Uygun Davranmak ⁽⁴⁾							
F=		10.472	11.818	11.845	9.125	6.272	8.643
p=		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
PostHoc=		3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar incelendiğinde, afet yaşama durumu, psikolojik destek alma, gerçek afetzedeye bakım verme, hastane afet planı bilgisi ve afete hazırlıklı hissetme durumu gibi afet deneyim ve hazırlık düzeyi ile ilgili değişkenlerde afet hazırlık puanlarında anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.01$), (Çizelge 4.5).

Afet anksiyetesine sahip hemşirelerin ise afet hazırlık toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarında ise Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Toplam, Özel Tanılama Becerileri alt boyutu, Genel Tanılama Becerileri alt boyutu, Teknik Beceriler alt boyutu ile İletişim Becerileri alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.01$). Afet eğitimi alan hemşirelerin özel tanılama ve kritik düşünme becerileri alt boyutlarında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir (Çizelge 4.5).

Afet anında öncelik verilen tutumları değerlendirmek için “Mümkün Olan En Kısa

Sürede Alanı Terketmek”, “Mümkün Olduğu Kadar Çok Hastayı Tahliye Etmek”, “Bulunduğum Alanın Sorumlusunun Direktiflerini Yerine Getirmek”, ve “Afet Yönetimi İçin Hazırlanan Hastane Afet Planı Protokolüne Uygun Davranmak” sorgulanan ifadeleri ile hemşirelerin Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamamalarının hepsye istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık görülmüştür. Farklılığı belirlemek için yapılan post-hoc analizde “hastane afet planına uygun davranmak” ve “alan sorumlusunun direktiflerini yerine getirmek” tercihlerinde bulunan hemşirelerin, diğer gruplara kıyasla daha yüksek afet hazırlık puanlarına sahip oldukları bulunmuştur ($p<0.001$), (Çizelge 4.5).

4. 6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Çizelge 4.6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutlardan Aldıkları Puanlar

Demografik Özellikler	n	Kendine Güvenli Tutum	İyimser Tutum	Çaresiz Tutum	Boyun Eğici Tutum	Sosyal Destek Tutumu
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	465	11.99±4.08	8.26±2.85	11.54±4.67	8.60±3.91	6.48±2.09
Erkek	322	12.93±4.32	8.84±3.19	12.19±4.81	9.12±4.05	6.54±2.09
t=		-3.085	-2.646	-1.880	-1.808	-0.367
p=		0.002	0.008	0.060	0.071	0.714
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
25 Ve Altı ⁽¹⁾	105	12.02±4.09	7.95±2.87	10.79±4.42	8.61±3.77	6.24±1.84
26-30 ⁽²⁾	258	12.62±4.31	8.60±3.05	12.10±4.71	8.84±3.92	6.46±2.16
31-35 ⁽³⁾	216	12.42±3.88	8.83±2.86	12.00±4.82	8.95±3.73	6.63±2.06
36-40 ⁽⁴⁾	111	12.81±4.36	8.68±3.15	12.14±5.04	9.10±4.21	6.77±2.01
41 Ve Üzeri ⁽⁵⁾	97	11.51±4.44	7.88±3.07	11.32±4.47	8.37±4.57	6.33±2.28
F=		1.755	2.776	1.944	0.577	1.255
p=		0.136	0.026	0.101	0.679	0.286
PostHoc=			3>1, 2>5, 3>5 ($p<0.05$)			
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evli	494	12.42±4.13	8.56±3.03	12.09±4.78	8.91±3.96	6.63±2.15
Bekar	293	12.30±4.32	8.40±2.97	11.33±4.63	8.67±4.00	6.29±1.96
t=		0.377	0.744	2.155	0.824	2.188
p=		0.707	0.457	0.031	0.410	0.029
Meslekte Çalışma Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1-5 Yıl ⁽¹⁾	277	12.57±4.23	8.48±2.89	11.82±4.75	9.03±3.94	6.39±1.97
6-10 Yıl ⁽²⁾	256	12.77±4.01	8.89±3.09	11.93±4.80	8.76±3.87	6.71±2.18
11-15 Yıl ⁽³⁾	137	11.91±4.15	8.19±2.76	11.92±4.54	8.78±3.86	6.53±1.93
16-20 Yıl ⁽⁴⁾	68	12.29±4.13	8.37±3.26	11.16±5.22	8.28±4.46	6.62±2.15
21 Yıl Ve Üzeri ⁽⁵⁾	49	10.63±4.79	7.59±3.27	11.65±4.18	8.80±4.36	5.84±2.48
F=		3.292	2.624	0.393	0.518	2.177
p=		0.011	0.034	0.814	0.723	0.070
PostHoc=		1>5, 2>5, 4>5 ($p<0.05$)	2>3, 2>5 ($p<0.05$)			

Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutlardan Aldıkları Puanlar incelendiğinde, cinsiyet değişkenine göre kendine güvenli tutum ve iyimser tutum puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılıklar belirlenmiştir ($p=0.002$ ve $p=0.008$). Yaş değişkenine göre ise iyimser tutum anlamlı düzeyde farklılaşmış ($p=0.026$); post hoc analizlerde 31–35 yaş grubunun 25 yaş ve altı ile 41 yaş ve üzeri gruplardan daha yüksek puan aldığı görülmüştür (Çizelge 4.6).

Medeni duruma göre yalnızca çaresiz tutum ve sosyal destek tutumu puanlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$); evli hemşirelerin bu iki başa çıkma tarzını daha sık kullandıkları belirlenmiştir. Meslekte çalışma süresi değişkenine göre kendine güvenli ve iyimser tutum puanları anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.011$ ve $p=0.034$); 1–10 yıllık mesleki tecrübeye sahip olanların, 21 yıl ve üstü çalışan personellere kıyasla daha yüksek başa çıkma puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.6).

4.7. Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Çizelge 4.7. Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Demografik Özellikler	n	Kendine Güvenli Tutum	İyimser Tutum	Çaresiz Tutum	Boyun Eğici Tutum	Sosyal Destek Tutumu
Afet Yaşama Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	639	12.31±4.17	8.46±2.96	11.84±4.71	8.74±3.90	6.59±2.12
Hayır	148	12.63±4.31	8.68±3.19	11.67±4.84	9.16±4.25	6.14±1.90
t=		-0.819	-0.823	0.389	-1.150	2.351
p=		0.413	0.411	0.697	0.250	0.012
Psikolojik Destek Alma		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	116	12.16±3.72	8.47±2.44	14.33±4.22	10.40±3.35	7.16±1.89
Hayır	671	12.41±4.28	8.50±3.09	11.37±4.69	8.54±4.01	6.39±2.10
t=		-0.606	-0.098	6.367	4.700	3.713
p=		0.505	0.908	0.000	0.000	0.000
Gerçek Afetzedeye Bakım		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	505	12.31±4.17	8.54±2.99	12.07±4.74	8.93±3.91	6.49±2.11
Hayır	282	12.49±4.26	8.42±3.04	11.33±4.70	8.61±4.07	6.54±2.04
t=		-0.596	0.540	2.095	1.093	-0.347
p=		0.552	0.589	0.036	0.275	0.729
Afet Anksiyetesi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	513	11.90±3.97	8.16±2.88	11.57±4.34	8.69±3.73	6.43±2.06
Hayır	274	13.26±4.47	9.14±3.12	12.25±5.38	9.05±4.38	6.65±2.13

BULGULAR**M. NUR GEYİK**

t=	-4.374	-4.415	-1.920	-1.190	-1.427
p=	0.000	0.000	0.073	0.257	0.154

Afet Eğitimi Alma		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	231	11.97±4.62	8.15±3.48	11.85±5.06	9.14±4.41	5.90±1.88
Hayır	556	12.54±4.00	8.64±2.77	11.79±4.60	8.68±3.77	6.75±2.12
t=		-1.760	-2.099	0.164	1.484	-5.281
p=		0.098	0.057	0.870	0.165	0.000

Hastane Afet Planı Bilgisi Sahipliği		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	382	12.57±4.23	8.71±3.04	11.97±5.03	9.00±4.30	6.54±2.13
Hayır	405	12.19±4.16	8.30±2.96	11.65±4.44	8.64±3.63	6.47±2.05
t=		1.246	1.956	0.968	1.255	0.522
p=		0.213	0.051	0.335	0.212	0.602

Afete Hazırlıklı Hissetme Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Hiç Hazır Değilim ⁽¹⁾	127	11.95±4.13	8.23±2.88	11.09±4.21	8.13±3.54	6.50±2.17
Kısmen Hazırım ⁽²⁾	357	12.29±4.05	8.31±3.01	11.38±4.55	8.48±3.91	6.45±1.98
Hazırlıklıyım ⁽³⁾	231	12.91±4.43	9.08±3.10	12.79±5.39	9.61±4.34	6.48±2.19
Kararsızım ⁽⁴⁾	72	11.81±4.17	8.03±2.63	12.03±3.74	9.14±3.35	6.89±2.12
F=		2.196	4.346	5.379	5.419	0.923
p=		0.087	0.005	0.001	0.001	0.429
PostHoc=			3>1, 3>2, 3>4 (p<0.05)	3>1, 3>2 (p<0.05)	3>1, 3>2 (p<0.05)	

Afet Esnasında Öncelik		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Mümkün Olan En Kısa Sürede Alanı Terketmek ⁽¹⁾	55	11.62±3.96	8.11±2.52	10.56±3.64	8.05±3.25	6.56±2.18
Mümkün Olduğu Kadar Çok Hastayı Tahliye Etmek ⁽²⁾	169	12.73±4.17	8.23±2.94	10.75±4.12	7.81±3.80	6.41±2.13
Bulunduğum Alanın Sorumlusunun Direktiflerini Yerine Getirmek ⁽³⁾	158	12.87±3.54	9.09±2.40	13.14±4.60	9.42±3.57	6.73±2.05
Afet Yönetimi İçin Hazırlanan Hastane Afet Planı Protokolüne Uygun Davranmak ⁽⁴⁾	405	12.13±4.45	8.43±3.27	11.90±5.02	9.10±4.19	6.44±2.07
F=		2.216	2.870	8.551	6.352	0.869
p=		0.085	0.036	0.000	0.000	0.457
PostHoc=			3>1, 3>2, 3>4 (p<0.05)	3>1, 4>1, 3>2, 4>2, 3>4 (p<0.05)	3>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar incelendiğinde, afet yaşama durumu açısından sadece sosyal destek tutumu puanı anlamlı fark göstermiştir (p=0.012). Psikolojik destek alan

hemşirelerin çaresiz, boyun eğici ve sosyal destek alt boyutlarında anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmüştür ($p<0.001$). Gerçek afetzedeye bakım verme durumuna göre çaresiz tutum puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılıklar belirlenmiştir ($p<0.036$). Benzer şekilde, afet anksiyetesi olan hemşirelerin kendine güvenli ve iyimser tutum puanları, anksiyetesi olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0.001$), (Çizelge 4.7).

Afet eğitimi alan hemşirelerde, yalnızca sosyal destek tutumu puanı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0.000$). Hastane afet planı bilgisine sahip olma durumu, stres ile başa çıkma tarzı üzerinde anlamlılılık yönünden bir fark yaratmamıştır ($p>0.05$). Son olarak, afete hazırlıklı hissetme durumu değişkenine göre iyimser, çaresiz ve boyun eğici tutum puanları anlamlı şekilde farklılaşmıştır ($p<0.01$); kendini hazırlıklı hisseden hemşirelerin bu başa çıkma biçimlerini daha sık kullandığı belirlenmiştir (Çizelge 4.7).

Afet anında öncelik verilen tutumlara göre yapılan analizlerde de özellikle “alan sorumlusunun direktiflerini yerine getirme” yanıtını veren hemşirelerin diğer gruplara kıyasla daha yüksek stresle başa çıkma puanlarına sahip oldukları görülmüştür ($p<0.01$), (Çizelge 4.7)

4.8.Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlar ile Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Arasında Korelasyonları

Çizelge 4.8. Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlar ile Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Arasında Korelasyonları

		Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Toplam	Kritik Düşünme Becerileri Alt Boyutu	Özel Tanılama Becerileri Alt Boyutu	Genel Tanılama Becerileri Alt Boyutu	Teknik Beceriler Alt Boyutu	İletişim Becerileri Alt Boyutu
Kendine Güvenli Tutum Alt Boyutu	r	0.254**	0.146**	0.181**	0.240**	0.251**	0.255**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
İyimser Tutum Alt Boyutu	r	0.249**	0.159**	0.177**	0.235**	0.242**	0.253**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Çaresiz Tutum Alt Boyutu	r	0.236**	0.153**	0.206**	0.227**	0.188**	0.270**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Boyun Eğici Tutum Alt Boyutu	r	0.183**	0.126**	0.147**	0.171**	0.131**	0.245**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Sosyal Destek Tutumu Alt Boyutu	r	-0.029	-0.042	-0.019	-0.018	-0.029	-0.031
	p	0.416	0.236	0.590	0.611	0.410	0.389

* $<0,05$; ** $<0,01$; Pearson Korelasyon Analizi

Afet hazırlık temel yeterlilik puanları ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizi sonucunda, afet hazırlık düzeyi ile bazı stresle başa çıkma alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler belirlenmiştir. En güçlü korelasyon, kendine güvenli tutum ile afet hazırlık toplam puanı arasında saptanmış ($r=0.254$, $p<0.01$) olup, bunu sırasıyla iletişim becerileri ($r=0.255$, $p<0.01$) ve teknik beceriler ($r=0.251$, $p<0.01$) izlemiştir. Ayrıca iyimser tutum ile afet hazırlık düzeyi arasında da anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r=0.249$, $p<0.01$). Buna karşılık, duygulara yönelik etkisiz başa çıkma biçimleri olan çaresiz tutum ($r=0.236$, $p<0.01$) ve boyun eğici tutum ($r=0.183$, $p<0.01$) ile afet hazırlık puanları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı ancak görece daha zayıf düzeyde pozitif ilişkiler tespit edilmiştir. Öte yandan, sosyal destek tutumu ile afet hazırlık yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($r=-0.029$, $p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Diyarbakır il merkezinde bulunan kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin afetlere hazırlık durumları, stres düzeyleri belirlendikten sonra aralarındaki ilişkiyi ortaya koyan bu çalışmanın bulguları, ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgularının Tartışılması

Hemşirelerin beşte dördünün afet yaşamış olması ve yarısından fazlasının afetzedelere bakım vermiş olması, bölgenin ve ülkenin afet geçmişi ile birlikte ele alındığında, hemşirelerin afetlere karşı yetkinliklerinin geliştirilmesi açısından önemli olduğunu düşündürmektedir. Hemşirelerin afet gibi kriz durumlarını yetkin yönetebilmeleri ve ruhsal sağlıklarını koruyabilmeleri için stresle baş etme düzeylerini geliştirmeleri önem arz etmektedir. Hemşirelerin afet durumunda afete başarılı müdahale etme, stresle mücadele ve farkındalıklarını geliştirerek hastane afet protokol ve planlarında aktif rol almaları, afet esnasında ve sonrasında ihtiyaç olunan hemşirelik bakımının sağlanmasında hayati öneme sahiptir. Afet deneyimi hemşirelerin afete hazırlık durumlarını etkileyen önemli bir faktördür (Hawkes ve ark., 2017).

5. 2. Hemşirelerin Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği İle Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarına Ait Bulgularının Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin afet hazırlık düzeylerine ilişkin temel yeterlilik puan ortalamaları incelendiğinde, Afet hazırlık temel yeterlilik ölçeği genel toplam puan ortalaması 138.73 ± 38.70 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, hemşirelik uygulamalarında afet hazırlık düzeylerine ilişkin temel yeterlilik ölçeğinin toplam puan aralığı olan 45–225 arasında olduğundan, çalışmaya katılan hemşirelerin afete hazırlık düzeylerinin orta seviyenin üzerinde bir yeterlilikte olduklarını göstermektedir. Hewitt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim bu bulgumuzu desteklemektedir (Hewitt ve ark., 2020). Bununla birlikte, hemşirelerin afete hazırlık yetkinliği, işi gereği gerektiğinde hasta ile 24 saat birlikte olabilme durumu, bu seviyenin daha üst düzeylere çıkarılması gerekliliğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin afet hazırlık temel yeterlilik ölçeği düzeyini artırmak için bu düzeyi doğrudan etkileyen alt boyutlara değinmek bu anlamda önem arz etmektedir. Bahsi geçen ölçek alt boyutlar düzeyinde incelendiğinde; kritik düşünme becerilerinin en düşük seviyede, özel tanılama becerileri ile iletişim becerilerinin orta seviyede, genel tanılama ile teknik becerilerin daha yüksek seviyede bir ortalama sahip olduğunu göstermiştir.

Bu bulgular, hemşirelerin afetlere hazırlıkla ilişkili mesleki yeterliliklerinin çeşitli düzeylerde olduğunu, ancak toplamda genel olarak yeterli düzeyde değerlendirildiğini göstermektedir. Literatürde hemşirelerin afete hazırlık teknik ve iletişim becerileri alanında, yüksek yeterlilik algılarına sahip olduğu, kritik düşünme becerilerinin düşük olduğu yer almaktadır (Çelik ve Nahçıvan, 2010). Bu sonuç, çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermekte olup hemşirelerin afet yetkinliğini artıran faktörlerden olan afet durumunda hızlı-doğru tanılama ve karar verme yeteneklerinin artırılması için hizmet içi eğitimlerin gerekliliğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, stresle başa çıkma tarzlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde ise, en yüksek puan ortalaması kendine güvenli tutum iken, iyimser ile boyun eğici tutum alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür. Tüm alt boyutlarda minimum puan değerinin sıfır olması ve örneklemimizde bu değeri destekleyen verilerin olması, bu katılımcıların afet yetkinliği için gerekli başa çıkma stratejisini hiç kullanmadıklarını göstermektedir. Verilerimizde ölçeklerin maksimum puanları ise teorik üst sınırlara oldukça yakın gerçekleşmiştir. Bu bulgular, hemşirelerin stresle başa çıkmada en çok kendine güvenli ve duygusal yönden daha etkili yolları tercih ettiklerini, ancak aynı zamanda çaresiz ve boyun eğici tutum gibi duygulara yönelik etkisiz başa çıkma biçimlerini de belirli ölçüde kullandıklarını göstermektedir. Özellikle sosyal destek kullanımına ilişkin düşük ortalama, hemşirelerin bu alandaki başa çıkma davranışlarının sınırlı kaldığını gösterdiğinden, hemşirelerin stresle başa çıkma durumlarının artırılması gerekliliği önem arz etmektedir. Literatürde de, çalışmamızın sonuçlarına benzerlik gösteren çalışma mevcuttur. Bu çalışmada da hemşirelerin kendine güvenli ve sosyal destek alma tutumunun düşük olduğu tespit edilmiştir (Köksal ve Çiçek, 2021).

5.3.Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarına Ait Bulgularının Tartışılması

Hemşirelerin cinsiyet ve medeni durumları ile afet hazırlık temel yeterlilik ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Hemşirelerin afet hazırlık temel yeterlilik ölçeğinin genel tanılama becerisi alt boyutunda, 26-30 yaş grubu hemşirelerin, 41 yaş ve üzerindeki hemşire grubuna kıyasla afete hazırlık düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Yine afete hazırlık temel yeterliliği bakımından en yüksek grubun 6-10 yıl mesleki deneyime sahip hemşirelerin olduğu, 1-5 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin de 16-20 yıl deneyime sahip olan hemşirelerden daha fazla yeterliliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum, deneyimin, afet yeterliliğini artıran tek

başına bir faktör olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte, y aşla birlikte hemşirelerin kendilerine güveninin değiştiğini gösteren çalışma da mevcuttur (Blais et al.,2016). Bella Magnaye ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışma sonucuna göre hemşirelerin meslekteki çalışma süresi ile afetlere hazırlık durumları arasında olumlu bir ilişki vardır (Magnaye ve ark., 2011). Aynı şekilde Smith (2006)'ın yaptığı başka bir çalışmada hemşirelerin meslekteki çalışma sürelerinin, afet anındaki performanslarını etkilediği sonucuna varılmıştır (Smith, 2006). Çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermemektedir. Mesleki ve yaşam deneyiminin afet deneyimi üstünde etkisi olması beklenirken bunun tersinin olması genç grubun afet yönetim bilgi ve eğitimlerini daha yeni aldıklarını ve kullanılabilir güncelinde olduğunu düşündürmektedir.

5.4.Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarına Ait Bulgularının Tartışılması

Afet yaşayan hemşirelerin, afet yaşamayan hemşirelere kıyasla, afet hazırlık temel yeterliliklerini, kritik düşünme becerilerini, genel tanılama becerilerini, özel tanılama becerilerini, teknik becerilerini ve iletişim becerilerini olumlu etkilediği gibi, aynı şekilde psikolojik destek alan hemşirelerin, destek almayan hemşirelere kıyasla afet hazırlık temel yeterliliklerini, kritik düşünme becerilerini, genel tanılama becerilerini, özel tanılama becerilerini, teknik becerilerini ve iletişim becerilerini olumlu etkilediği görülmüştür. Literatürde, hemşirelerin afet deneyiminin bilgi ve becerilerini artırdığı ile ilgili çalışmalar mevcuttur (Sorman ve ark, 2019). Aynı şekilde Yin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da afet deneyimi olan hemşireler ile psikolojik destek alan hemşirelerin klinik becerilerinin, deneyimi olmayan hemşireler ile psikolojik destek almayan hemşirelere kıyasla daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Yin ve ark, 2018).

Gerçek afetzedeye bakım veren hemşirelerin, gerçek afetzedeye bakım vermeyen hemşirelere göre; afet hazırlık temel yeterliliklerinin, kritik düşünme becerilerinin, genel tanılama becerilerinin, özel tanılama becerilerinin, teknik becerilerinin ve iletişim becerilerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde de afetzedeye bakım veren hemşirelerin afetle baş etme yeteneklerinin ve pratik davranma becerilerinin yüksek olduğu rapor edilmiştir (Yıldız ve Yıldırım, 2020).

Afet anksiyetesi yaşamayan hemşirelerin, afet anksiyetesi yaşayan hemşirelere kıyasla afet hazırlık temel yeterliliklerinin, kritik düşünme becerilerinin, genel tanılama becerilerinin, özel tanılama becerilerinin, teknik becerilerinin ve iletişim becerilerinin daha yüksek olduğu

görülmüştür. Özkan ve Yıldız yaptıkları çalışma, bizim çalışmanın sonucunu desteklemektedir (Özkan ve Yıldız, 2017).

Afet eğitimi alan hemşirelerin, kritik düşünme ve özel tanılama becerilerinin, afet eğitimi almayan hemşirelere kıyasla daha iyi olduğu belirlenmiştir. Literatür de bizim sonucumuzu desteklemekte olup afet eğitimi alan hemşirelerin afet yetkinliklerini ve duyarlılıklarını artırdığına dair rapor mevcuttur (İkiç ve ark., 2021). Eğitimin, afet anında hemşirelerin karar verme süreçlerini etkileyen faktörlerden biri olduğu bulgusu da (Yücel ve Yel, 2016) bizim sonucumuzla örtüşmektedir.

Hastane afet plan (HAP) bilgisine sahip olan hemşirelerin bu bilgiye sahip olmayan hemşirelere kıyasla, afet hazırlık temel yeterliliklerinin, kritik düşünme becerilerinin, genel tanılama becerilerinin, özel tanılama becerilerinin, teknik becerilerinin ve iletişim becerilerinin daha iyi olduğu görülmüştür. Literatür de bu sonucumuzu desteklemektedir (Gündoğan ve Sezer, 2019).

Afete hazırlıklı hisseden hemşirelerin, kısmen hazırlıklı, kararsız ve hiç hazır hissetmeyen hemşirelere kıyasla; kısmen hazırlıklı hisseden hemşirelerin, kararsız ve hiç hazır hissetmeyen hemşirelere kıyasla; kararsız hisseden hemşirelerin, hiç hazır hissetmeyen hemşirelere kıyasla, afet hazırlık temel yeterliliklerinin, kritik düşünme becerilerinin, genel tanılama becerilerinin, özel tanılama becerilerinin, teknik becerilerinin ve iletişim becerilerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin afete hazırlıklı hissetme dereceleri arasında bile, afet hazırlık yeterlilik puanının farklılık göstermesi, bize, hazırlığın, bu konuda çalışma ve planlanma yapılmasının önemli olduğunu düşündürmektedir. Literatürde, hemşirelerin afet durumuna müdahale etmede etkili faktörlerden biri olarak öz-yeterliliğe vurgu (Uslu ve Güler, 2022) olması bizim sonucumuzu destekler niteliktedir.

Afet esnasında, “alanın sorumlusunun direktiflerini yerine getirmek” öncelik durumunu gözeten hemşirelerin “mümkün olan en kısa sürede alanı terk etmek” ile “mümkün olduğu kadar çok hastayı tahliye etmek” öncelik durumunu gözeten hemşirelere kıyasla; “afet yönetimi için hazırlanan hastane afet planı protokolüne uygun davranmak” öncelik durumu gözeten hemşirelerin de “mümkün olan en kısa sürede alanı terk etmek” ile “mümkün olduğu kadar çok hastayı tahliye etmek” öncelik durumunu gözeten hemşirelere kıyasla afet hazırlık temel yeterliliklerinin, kritik düşünme becerilerinin, genel tanılama becerilerinin, özel tanılama becerilerinin, teknik becerilerinin ve iletişim becerilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

5.5. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarına Ait Bulguların Tartışılması

Erkek hemşirelerin stresle başa çıkma tarzı ölçeğinin alt boyutlarından olan kendine güvenli tutumları ile iyimser tutumları, kadın hemşirelere kıyasla, daha iyi olduğu görülmüştür. Bu durumun, erkeğin toplumun cinsiyet rolündeki beklentisini karşılama isteğinden kaynakladığını bize düşündürmektedir. Erkeklerin problem çözmede kadınların ise sosyal destek aramada daha iyi olduğunu gösteren araştırma bulgusu (Acar ve Erdem, 2020) bu düşüncemizi desteklemektedir.

31–35 yaş grubundaki hemşirelerin stresle başa çıkma tarzı ölçeğinin alt boyutlarından olan, iyimser tutumlarının, 31-35 yaş grubu altındaki ve üstündeki hemşirelere kıyasla daha iyi olduğu görülmüştür. Literatürde yaştan, stresle başa çıkma stratejilerinde etkisi olduğu, olgun bireylerin daha etkin sorun çözdüğü rapor edilmiştir (Demir, 2017). Bizim bulgumuzun beklenenden farklı olması, bu konuda daha detaylı çalışmalar yapılması gerekliliğini düşündürmektedir.

6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin stresle başa çıkma tarzı ölçeğinin alt boyutlarından olan, iyimser tutumlarının, mesleki deneyimleri 6-10 yıl arasından daha az ve mesleki deneyimleri 11 yıl ve üzeri olan hemşirelere kıyasla, daha iyi olduğu görülmüştür. 6-10 yıl arası çalışan hemşireler, yaş değişkeni ile 31-35 yaş grubunu oluşturan hemşirelerin yaklaşık olarak işe başlama yaşları birlikte düşünüldüğünde, bu iki grubun neredeyse aynı grup olduğu kanısına vardığımızdan, yukarıdaki yaşla iyimser tutum arasındaki olumlu ilişki doğrulanmaktadır.

5.6. Hemşirelerin Afet İle İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarına Ait Bulguların Tartışılması

Psikolojik destek alan hemşirelerin stresle başa çıkma tarzı ölçeğinin alt boyutlarından olan, çaresiz tutumlarının, boyun eğici tutumlarının ve sosyal destek arama durumlarının psikolojik destek almayan hemşirelere kıyasla daha iyi olduğu görülmüştür. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışma mevcuttur (Acar ve Erdem, 2020). Gerçek afetzedeye bakım veren hemşirelerin stresle başa çıkma tarzı ölçeğinin alt boyutlarından olan, çaresiz tutum davranışlarının, gerçek afetzedeye bakım vermeyen hemşirelere kıyasla daha iyi olduğu saptanmıştır. Afet anksiyetesi yaşamayan hemşirelerin, stresle başa çıkma tarzı ölçeğinin alt boyutlarından olan, kendine güvenli tutumlarının, iyimser tutumlarının ve çaresiz tutumlarının afet anksiyetesi yaşayan hemşirelere kıyasla daha iyi olduğu belirlenmiştir. Literatürde afet kaygısının hemşireleri etkilediğini gösteren bizim bulgumuzla örtüşen çalışma mevcuttur

(Demir, 2019).

Afet eğitimi alan hemşirelerin stresle başa çıkma tarzı ölçeğinin alt boyutlarından olan, kendine güvenli tutumlarının, iyimser tutumlarının ve sosyal destek arama tutumlarının; afet eğitimi almayan hemşirelere kıyasla, daha iyi olduğu belirlenmiştir. Öztürk'ün yaptığı çalışmada (2021) afet eğitimi alan hemşirelerin stresle başa çıkma becerilerinin arttığı ve kendine güvenlerinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Öztürk, 2021). Bu çalışma bulgusu ile çalışmamızdan elde edilen bulgu arasında paralellik olduğu tespit edilmiştir.

Afet esnasında öncelik durumları ile stresle başa çıkma tarzı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında “bulunduğum alanın sorumlusunun direktiflerini yerine getirmek” öncelik durumunu gözeten hemşirelerin, kendine güvenli tutumlarının, iyimser tutumlarının, çaresiz tutumlarının, boyun eğici tutumlarının, “mümkün olan en kısa sürede alanı terk etmek” ve “mümkün olduğu kadar çok hastayı tahliye etmek” öncelik durumlarını gözeten hemşirelere kıyasla daha iyi oldukları; “bulunduğum alanın sorumlusunun direktiflerini yerine getirmek” öncelik durumunu gözeten hemşirelerin de aynı zamanda “afet yönetimi için hazırlanan hastane afet planı protokolüne uygun davranma” öncelik durumunu gözeten hemşirelere kıyasla iyimser tutumlarının daha iyi olduğu görülmüştür.

Ülkemizde afetlerle ilgili eğitim alanların oranı, eğitim almayanların onda biri düzeyinde olup, eğitim alma tercihleri de, ilk yardım eğitimi alanında olmaktadır (<http://tdvm.afad.gov.tr>). Literatürde Al Khalaileh ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada afetlerle ilgili eğitim alma durumu %31 iken, ChiiTzeng ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada bu oran %31,8 olarak belirtilmiştir.

5.7.Afet Hazırlık Temel Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlar ile Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Arasında Korelasyona Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin afet hazırlık toplam puan düzeyi ile stresle başa çıkma tarzı ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkide, en yüksek ilişkinin, kendine güvenli tutum ile afete hazırlık toplam puan arasında saptanmış olup bunu sırasıyla iletişim becerileri ve teknik beceriler izlemektedir. Benzer şekilde iyimser tutum ile afete hazırlık düzeyi arasında da anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Çaresiz tutum ve boyun eğici tutum ile afete hazırlık puanları arasında anlamlı ancak görece daha zayıf ilişki bulunmuştur. Sosyal destek arama tutumu ile afete hazırlık toplam puanı arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Literatürde de hemşirelerin stres yönetimindeki iletişim becerileri, teknik becerileri, güvenli tutum becerileri ve iyimser tutum becerileri puanları yükseldikçe, afet hazırlık temel yeterlilik puanlarının artmasına ilişkin bulguyu destekleyen sonuçlar mevcuttur. Örneğin

Büchler (2020) alışmasında özgüveni yüksek bireylerin, stresle başa çıkma yeteneklerinin daha yüksek olduğunu, aynı şekilde Barlow ve arkadaşlarının çalışmasında da (2018), kendine güvenli bireylerin problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Benzer şekilde Hsu ve Chen çalışmalarında (2019) iletişimi iyi olan bireylerin, afet durumunda daha başarılı olduğunu saptamıştır (Hsu ve Chen, 2019). Aynı zamanda Penuel ve Gallagher çalışmada (2021) afet yönetiminde kullanılan başarılı stratejilerin, bireyin teknik becerisi ile ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir (Penuel ve Gallagher, 2021). Afet yönetimi, problem çözme ve stres yönetimini kapsadığı için literatürdeki bu sonuçların bizim bulgularımızı desteklediği görülmektedir. Afet anında bilgi alışverişi, durumun değerlendirilmesi, yapılacakların planlanması, koordine edilmesi, koordinasyonu sağlamada iletişim/iletişim becerileri ve teknik becerilerinin afet yetkinliğinde kritik önemi yadsınamaz. İletişim becerileri ile benzer bir şekilde hemşirelerin stres yönetimlerindeki iyimser tutumlarının da afete hazırlık düzeyi arasında pozitif bir ilişkinin varlığı belirlenmiştir. Scheier ve Carver çalışmada (2020) stresle başa çıkma iyimser bireylerin daha iyi olduğunu tespit etmesi (Scheier ve Carver, 2020) bizim çalışmamızın bulgusuyla örtüşmektedir. Hemşirelerin stres yönetimindeki güvenli tutumu, iletişim becerileri, teknik becerileri ve iyimser tutumları yükseldikçe, afet hazırlık temel yeterliliğinin artması arasındaki kuvvetli pozitif ilişkinin varlığı göz önüne alındığında, bu konudaki hizmet içi eğitimin önemi kaçınılmazdır. Afet hazırlık yetkinliğinde; afet anında bilgi alışverişi, durumun değerlendirilmesi, yapılacakların planlanması, koordine edilmesi, koordinasyonu sağlamada iletişim /iletişim becerileri, teknik becerileri gibi stres yönetim bileşenlerinin önemi yadsınamaz.

Hemşirelerin stres yönetiminde, kendine güvenli tutum, iletişim becerileri, teknik becerileri, iyimser tutum kadar güçlü olmasa da çaresiz tutum ve boyun eğici tutumları ile afet hazırlık durumları arasında görece daha zayıf düzeyde pozitif ilişkiler bulunmuştur. Stresle etkisiz başa çıkma yöntemlerinden olan çaresiz tutum ve boyun eğici tutum ile afete hazırlık yetkinlik puanı arasında zayıf da olsa pozitif olan bu ilişki, üzerinde durulması gereken ilginç bir tabloyu önümüze koymaktadır. Literatürde stresle etkisiz başa çıkmanın, stres yönetimine olumsuz etkisi olduğuna dair çalışmanın olması (Lopez-Cabarcos ve Jova, 2021; Aldao ve ark, 2010; Folkman ve Moskowitz, 2004) bu durumu daha da önemli hale getirmektedir. Çalışmamızda elde edilen bu ilginç sonuç, bize; örneklem grubumuzun bir özelliğ i olduğunu göstermektedir. Bu özelliğ in de, stresle baş etmede negatif tutum olan, çaresiz tutum ve boyun eğici tutumun, bireyin afet anında alan sorumlularının direktiflerini yerine getirme, afet plan protokollerine uyum gösterme eğiliminde olma ihtimallerinden kaynaklanabileceğini bize düşündürmektedir. En az bu durum kadar ilginç bir bulgumuz da stres yönetiminin

boyutlarından olan sosyal desteğe başvurma tutumu ile hemşirelerin afet hazırlık yeterlilik puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olmasıdır. Literatürde hemşirelerin afet hazırlık yeterlilik puanları ile stresle başa çıkma tarzı arasında pozitif anlamlı bir ilişkinin (Yeung ve Auerbach, 2018; Holt-Lunstad ve ark., 2012) ya da negatif ilişkinin (Kachadourian ve Hays, 2015; Davis ve ark., 2010) varlığı, bulgumuzun üstünde düşünülmesi gereken bir başka nokta daha oluşmaktadır. Çaresiz tutum ve boyun eğici tutumun az da olsa afet yönetimi ile arasındaki pozitif yöndeki ilişkisi, sosyal destek arama tutumu ile afet yönetimine hazırlık tutumu arasında ilişkinin olmaması bir arada düşünüldüğünde; hemşirelerin motivasyonunun, afet durumunda kısa sürede çözüme ulaşma davranışı ile hareket ettiklerini bize düşündürmektedir.

Ulusal ve uluslararası literatürde yapılan araştırmalar, hemşirelerin afetlere hazırlık düzeylerinin genellikle yetersiz ve düşük seviyede olduğunu ortaya koymaktadır (Baack ve Alfred, 2013; Grochtdreis ve ark., 2016). Çalışmaların büyük çoğunluğunda, hemşire katılımcıların afetlere müdahale etme konusunda kendilerini yeterli hissetmedikleri, aldıkları eğitim ve sahip oldukları becerilerinin ise etkin girişimlerde bulunmak için yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (Fothergill ve ark., 2005; Fung ve ark., 2008; Al Khalaileh ve ark., 2012; Diab ve Mabrouk, 2015; Seyedin ve ark., 2015; Labrague ve ark., 2016; Chii Tzeng W. ve ark., 2016). Bu durumla birlikte ülkemizde çalışmamız öncesinde 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş merkezli 7,6 ve 7,7 şiddetinde deprem yaşanması, çalışmanın evrenini oluşturan Diyarbakır ilinin etkilenen şehirlerden birinin olması, çalışmamızın hayati önemini ortaya koymaktadır. Bu sebepten ötürü çalışmamızın literatüre katkı sunacağı düşünülmüştür.

6. SONUÇLAR

Hemşirelerin afetlere hazır oluş durumları ile stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir:

Bu araştırmada hemşirelerin afet hazırlık düzeyi temel yeterlilik puan ortalaması (138.73 ± 38.70) ortalamanın üzerinde bir yeterliliğe sahip olduğunu; Alt boyutlar kritik düşünme becerileri ortalamasının altında (11.52 ± 3.86), özel tanılama becerileri ortalamasının altında (17.05 ± 5.87), genel tanılama becerileri ortalamasının üstünde (40.30 ± 11.84), teknik beceriler ortalaması ortalamasının üstünde (45.68 ± 13.15) ve iletişim becerileri ortalamasının altında (24.18 ± 8.03) olduğu saptanmıştır.

Örnekleme yer alan hemşirelerin stresle başa çıkma tarzı alt boyutlarda güvenli tutum yüksek (12.37 ± 4.20), çaresiz tutum ortalamasının üstünde (11.81 ± 4.74), boyun eğici tutum ortalamasının üstünde (8.82 ± 3.97), iyimser tutum ortalama civarında (8.50 ± 3.00) ve sosyal destek tutumu ortalama civarında (6.50 ± 2.09) belirlenmiştir.

Hemşirelerin afet hazırlık temel yeterlilik puanları ile cinsiyet ve medeni durum anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hemşirelerin genel tanılama becerileri alt boyutunda 26–30 yaş ve 31–35 yaş gruplarındaki hemşirelerin, 41 yaş ve üzerinelere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin afet yaşama, psikolojik destek alma, gerçek afetzedeye bakım verme, afet anksiyetesi, hastane afet planı bilgisi ve afete hazırlıklı hissetme, afet esnasında öncelikli davranma durumları ile afet hazırlık temel yeterlilik ölçeği toplam ve bütün alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır.

Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği'nin alt boyutları incelendiğinde, erkek hemşirelerin kendine güvenli tutum ve iyimser tutum becerilerinin kadınlardan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. 31–35 yaş grubundaki hemşirelerin 25 yaş ve altı ile 41 yaş ve üzeri gruplardaki hemşirelerden stresle başa çıkma tarzı ölçeği iyimser tutum alt boyutunda daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Hemşirelerin stresle başa çıkma tarzı ölçeği ile afet deneyimi yaşayan hemşirelerin sosyal destek arama tutumu, afet deneyimi yaşamayan hemşirelerden; psikolojik destek alan hemşirelerin, çaresiz, boyun eğici ve sosyal destek arama tutumu, psikolojik destek almayan hemşirelerden daha yüksek; gerçek afetzedeye bakım veren hemşirelerin çaresiz tutum, gerçek afetzedeye bakım vermeyen hemşirelerden; afet anksiyetesi olmayan hemşirelerin kendine güvenli ve iyimser tutumu, afet anksiyetesi olan hemşirelerden; afet eğitimi almayan hemşirelerin sosyal destek arama tutumu, almayan hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Afete hazırlıklı hissetme durumlarına göre iyimser, çaresiz ve boyun eğici tutumlarının anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır.

Hemşirelerin afete hazırlık yeterlilik düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzı arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. En yüksek ilişkinin stresle başa çıkma tarzı ölçeğinin kendine güvenli, iletişim becerileri ve teknik becerilerden oluşan üç alt boyutu ile afete hazırlık yeterlik düzeyi ölçeği toplam puanları arasında olduğu belirlenmiştir.

7. ÖNERİLER

Bu çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelik eğitimlerinde afetlere daha fazla yer verilmesi, Afet Hemşireliği ders müfredatlarının etkin ve standart bir hale getirilmesi ve bu konuların daha iyi anlaşılabilmesi için sahalarda kullanılabilecek kılavuzlar geliştirilmesi,
- Teorik bilgilerin saha tatbikatları ve simülasyon eğitimleri ile pekiştirilmesi,
- Gerek hemşirelik eğitimi süresince gerekse çalıştığı kurum tarafından afet bilgilerinin sürekli güncel tutulmasını sağlayacak hizmet içi eğitim programlarının sıklıkla ve sürekli olarak uygulanmasının sağlanması,
- Kurumlarda çalışan bütün hemşirelerin Hastane Afet ve Acil Durum Planlarına hakim olması, HAP çerçevesinde kendisine ait sorumluluklarını ve görevlerinin neler olduğunun bilinmesinin sağlanması,
- Yıl içerisinde HAP kapsamında yapılan masa başı ve saha tatbikatlarına kurumlarda çalışan hemşirelerin aktif olarak katılımlarının sağlanması,
- Kurumların yöneticileri tarafından hemşirelerin afet öncesi, afet sırasında ve afet sonrasındaki rollerine ilişkin afet farkındalık bilincinin sağlanması, özellikle hazırlık aşamasında teorik ve uygulamalı farkındalık eğitimlerinin artırılması,
- Afetzedelere bakım veren hemşirelerin stres yönetimlerini geliştirecek hizmetiçi eğitimler ile sosyal desteklemeye yönelik psikososyal destek çalışmalarının etkin bir şekilde yapılması,

Afet hemşireliğinin gelişimi açısından bu alanda yapılacak olan araştırmaların artırılması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Acar, A., Erdem, K. (2020). Gender differences in coping with stress among healthcare workers: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (5), 1624. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051624>
2. Akgül, H. (Ed.). 2017. Türkiye Klinikleri Radyoloji Özel. İstanbul. Türkiye.
3. Akın, D. (2017). Modern Afet Yönetiminin Doğuşu:1755 Lizbon Depremi. Önder, Ö. ve Yaman, M. (Ed.) *Afet ve acil durum yönetiminde kurumlararası işbirliği ve yönetim çalışmaları bildiriler kitabı*. Ekin Yayınevi
4. Akın, M. H. Ve Bozbaş, G. (2020). Suriye’den Türkiye’ye göçün sosyolojik sonuçları: Suriyeli göçmenler üzerine uygulamalı bir saha araştırması. *Liberal Düşünce Dergisi*, 25(97), 47-65. <https://doi.org/10.36484/liberal.692459>
5. Aksu, B. (2020). *Hemşirelerin örgütsel stres düzeyi ve psikolojik iyi oluşlarının belirlenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi].
6. Akyel, R. (2007). *Afet yönetim sistemi: Türk afet yönetiminde karşılaşılan sorunların tespit ve çözümüne ilişkin bir araştırma*. [Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi]
7. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* , 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
8. Altıntaş, K. H. (2015). *Afetler ve afet tıbbı halk sağlığı temel bilgiler 2*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
9. Al Khalaileh, M. A., Bond, E. ve Alasad, J. A. (2012). Jordanian nurses’ perceptions of their preparedness for disaster management. *International Emergency Nursing*, 20(1), 14-23.
10. Al Thobaity, A., Plummer, V. ve Williams, B. (2017). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International emergency nursing*, 31, 64-71.
11. Ayan, A. ve Dönmez, S. (2018). Radyolojik – Nükleer terörist saldırılarda tıbbi yönetim. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 51(2):154-162.
12. Baack, S., ve Alfred, D. (2013). Nurses’ preparedness and perceived competence in managing disasters. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 281-287.
13. Baltaş, Z., Baltaş, A. (2018). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. 26-309, İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş
14. Balaban, J. (2000). Temek Eğitimde Öğretmenlerin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Teknikleri, Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi, Eğitim İletişimi ve Planlaması Bölümü. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(7),188-195.
15. Balcı, A. (2014). *Çalışanlarda Stres Kaynakları, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Sağlık Sektörü* [Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi].
16. Barlow, M., Johnson, L., Smith, R. (2018). The impact of self-efficacy on problem-solving and stress management. *Journal of Applied Psychology*, 103 (4), 417-426. <https://doi.org/10.1037/apl0000218>
17. Bayraktar, N., Totur Dikmen, B. (2018). Afetlerde Hemşirelik. SD. Öztekin (Ed.) *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics* (s.1-7).
18. Bayraktar, N. (2013). Afetlerde hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu. Altıntaş, H. (Ed.). *Acil ve afet durumlarında sağlık yönetimi* (s. 195-218). Hacettepe Üniversitesi Yayını.
19. Bella Magnaye, R., Muñoz, M., Muñoz, M., Muñoz, R., ve Muro, J. (2011). The role, preparedness and management of nurses during disasters. *E-International Scientific Research Journal*, 3(4), 269-294.
20. Berg, M., Bakk, L. A., Anema, J. R. (2021). Enhancing disaster preparedness: A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship* , 53(5), 605-616.
21. Biçki, S. (2016). *Hizmet Sektörü Çalışanlarının İş Stresi ve Tükenmişlik İlişkisi: İstanbul Örneği*. [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi].

22. Biganeh, J., Ashtarinezhad, A., Behzadipour, D., Khanjani, N., Nik, A. T., Hosseinabadi, M. B. (2021). Investigating the relationship between job stress, workload and oxidative stress in nurse. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 1-5.
23. Agnew-Blais J.C., Polanczyk G.V., Danese A., Wertz J., Moffitt T.E., Arseneault L. (2016). Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*. Jul 1;73(7):713-20.
24. Büchler, L. (2020). The role of self-confidence in coping mechanisms. *Coping Strategies Journal*, 12 (2), 123-135. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1731278>
25. Büyükhatipoğlu, H., Kirhan, I., Dag, O.F., ve ark. (2010). Oxidative stress increased in healthcare workers working 24-hour on-call shifts. *Am J Med Science*, 340(6), 462–467.
26. Can, A., Çuvalcı, B., Hintistan, S. (2019). İç hastalıkları hemşireliği dersini alan ikinci sınıf öğrencilerinin stres düzeylerinin belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2(1), 22- 32.
27. Cartwright, S., Cooper, C. L., Murphy, L. R. (1995). Diagnosing a healthy organization: A proactive ap Wilson, M. G., Dejoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A., Mcgrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of occupational and organizational psychology*, 77(4), 565-588. Approach to stress in the workplace
28. Chapman, K. ve Arbon, P. (2008). Are nurses ready? Disaster preparedness in the acute setting. *Australas Emerg Nurs J*. 11(3): 135–4.
29. Çamkerten, S., Tatar, A., Saltukoğlu, G. (2020). Sağlık çalışanlarının stres düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 4(7), 257-263.
30. Chen, C. K., Lin, C., Wang, S. H., Hou, T. S. (2009). A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *Journal of Nursing Research*, 3(17), 199-210.
31. Carver, C. S., Scheier, M. F. (2020). Self-regulation and control in personality functioning. In P. J. Corr and G. Matthews (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (2nd ed., pp. 316–329).
32. Çankaya, M., Çiftçi, G. E. (2019). Hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarında duygusal zekanın etkisi: çorum ilinde bir uygulama. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2(19), 391-414.
33. Çelik, F. (2010) *Türk Kızılayı'nda çalışan hemşirelerin afetlere hazıroluşluk durumları*, [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
34. Çelik, S., Nahçıvan, N. N. (2010). Hemşirelerin afetlere hazırlık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* , 7(1), 34-40.
35. Çelikli, S. (2010). *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Afet Yönetimi Ekibine Olağandışı Durumlara Hazırlıklı Olma Konusunda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi ve Uygulamanın Sınanması*. [Doktora Tezi, Ege Üniversitesi].
36. Çevik, H. (2018). *Hemşirelerin stres kaynakları ve stresle baş etme durumlarının belirlenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi].
37. Çetin-Aydın, G., Aytaç, S., Şanlı, Y. (2020). Hemşirelerde algılanan stres ve stres semptomlarının işten ayrılma eğilimi üzerindeki etkisi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi, Özel Sayı*, 526-538.
38. Çögenli, M. Z., Erdal, Y. (2018). Hemşirelerde iş stresi ve iş stresinin çalışma performansına etkileri: Sinop Atatürk Devlet Hastanesi örneği. *Business and Management Studies: An International Journal*, 6(3): 497-515.
39. Davis, D. E., Worthington, E. L., Hook, J. N. (2010). Forgiveness, mental health, and social support. *Journal of Positive Psychology* , 5(2), 109-117. <https://doi.org/10.1080/17439760903512730>

40. Demir, K., Duman, S. (2019). Bireylerin spor yapma durumlarıyla, benlik saygıları ve mutluluk düzeyleri arasındaki ilişkisinin incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 4(4): 437-449.
41. Demir, Y. (2017). Age-related differences in coping styles among healthcare professionals. *International Journal of Nursing Studies*, 69 , 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.001>
42. Demirbaş, H., Sezer, A. ve Ergun, A. (2013). Afet yönetiminde halk sağlığı hemşiresinin rol ve sorumlulukları. *F.N. Hemşirelik Dergisi*. 21(2): 122-128.
43. Demirkasımoğlu, M. (2016). *Ankara'daki hastanelerin afete hazırlık durumları* [Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi].
44. Diab, G. M. ve Mabrouk, S. M. (2015). The effect of guidance booklet on knowledge and attitudes of nurses regarding disaster preparedness at hospitals. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(9):17-31.
45. Dittmar, S. S., Stanton, M. P., Jezewski, M. A., Dickerson, S. S. (1996). Images and sensations of war: A common theme in the history of military nursing. *Health Care of Women International*, 17(1): 69-80.
46. Durna U. (2006) (Üniversite öğrencilerinin stres düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 319-343.
47. Duncan, R. ve ark. (2005). Grace under fire. *Nursing*, 35(5): 62-64
48. Ekşi, A. (2015). Afet yönetiminde içsel denetim aracı olarak etik. *International Journal of Economic and Administrative Studies*, 8(15).
49. Engin, E. (2014). *Anksiyete Bozuklukları*. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 278.
50. Erdoğan, Ö. (2018). Afet Hemşireliği Eğitimi. SD. Öztekin (Ed.) *Afet Hemşireliği*. Ankara: Türkiye Klinikleri (s.115-20).
51. Erdur Baker, Ö. (2014). *Afetler, Krizler, Travmalar ve Psikolojik Yardım*. <https://hdl.handle.net/11511/73305>
52. Ergünay, O. ve Özmen, B. (2013). *Afet Yönetimi Açısından Van Depreminden Elde Edilen Dersler*. 2. Türkiye Deprem Mühendisliği ve Sismoloji Konferansı.
53. Erkan, E. A. (2010). *Afet Yönetiminde Risk Azaltma ve Türkiye’de Yaşanan Sorunlar*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
54. Fahjan, Y., Pakdamar, F., Kara, F.İ., Eravcı, B., Baykal, M., Yenilmez, G., Yalçın, D., (2015, 11-15 Mayıs). *AFAD-RED Deprem Ön Hasar Tahmin Sistemi*, 8. Ulusal Deprem Mühendisliği Konferansı, İstanbul.
55. Finucane, J. (2004). Civilian legacies of military nursing. *Health and History*, 16(2): 101-110
56. Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology* , 55(1), 745-774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
57. Fung, O.W.M., Loke, A.Y., Lai, C.K.Y. (2008). Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *J Adv Nurs*, 62 (2): 698-703.
58. Garipoğlu, E. (2007). *Stres Yönetimi ve Banka Çalışanları Üzerine Yapılan Bir Araştırma* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi].
59. George, D. ve Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
60. Görgülü, S. (1990). Hemşirelik ve İş Ortamı Stresörleri. *Türk Hemşireler Dergisi*, 39(1),23- 27.
61. Grochtdreis, T., Jong, Nde., Harenberg, N., Görres, S., Schröder-Bäck, P.(2016). Nurses’ roles, knowledge and experience in national disaster preparedness and emergency response: A literature review. *SEEJPH* 2016; 7(1): 1-19.

62. Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1),91-109.
63. Gül, P. (2019). *Hemşireler de meslektaş dayanışması ve iş stresi*. [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi].
64. Gültekin, M., Korkmaz, M. (2018). The effect of psychological support on stress coping skills in nurses. *Nursing Science* , 8(1), 21-27. <https://doi.org/10.1159/000486547>
65. Gündüz, B. (2019). *Çok boyutlu psiko-eğitim grup çalışması ile yapılan sosyal hizmet müdahalesinin hastane personellerinin iş stresi ve iş motivasyonlarına etkisinin incelenmesi: Üsküdar devlet hastanesi örneği*. [Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi].
66. Gündoğan, M., Sezer, H. (2019). Knowledge of disaster preparedness plans among nurses: A study in Turkey. *Journal of Emergency Management* , 17(2), 79-86. <https://doi.org/10.5055/jem.2019.0427>
67. Hawkes, N., Bury, G., Beck, E. (2017). The impact of experiencing disasters on healthcare professionals' ability to respond. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* , 11(3), 276-283.
68. Hewitt, K., Veil, S. R., Weller, K. (2020). The role of nursing in emergency preparedness and response. *International Journal of Nursing Studies* , 51(7), 963-973.
69. Hinton Walker, P., Garmon Bibb, S. C., Elberson, K. L. (2005). Research issues in preparedness for mass casualty events, disaster, war, and terrorism. *The Nursing Clinics of North America*, 40(3): 551-564.
70. Hisar, K. M., Yurdakul, A. (2015). Bir Üniversitenin Hemşirelik Öğrencilerinin Afetlerde Sağlık Hizmetleri İle İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 54-65.
71. Holt-Lunstad, J., Uchino, B. N., Smith, T. W. (2012). Social support and health: A meta-analytic review. *American Psychologist* , 67(3), 232-243. <https://doi.org/10.1037/a0025752>
72. House, J. S. (1981). Work, Stress, and Social Support. Addison-Wesley.
73. Hsu, K., Chen, H. (2019). Communication skills and crisis management: a systematic review. *Crisis Management*, 25 (1), 94-107. <https://doi.org/10.1080/15654263.2018.1468543>
74. International Nursing Coalition for Mass Casualty Education [INCMCE] (2003). Educational Competencies for Registered Nurses Responding to Mass Casualty Incidents. <http://www.nursing.vanderbilt.edu/incmce/competencies.html>
75. İnal, E., Altıntaş, K.H., Doğan, N. (2018). The Development of a General Disaster Preparedness Belief Scale Using the Health Belief Model as a Theoretical Framework. *Int J Assess Tools Educ*. 5:146- 58.
76. International Council Of Nurses. “Nurses and Overtime”. (online) Available from: http://www.icn.ch/matters_overtime.html adresinden 08 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
77. Ikiç, F., Aksu, N., Uysal, A. (2021). The effectiveness of emergency preparedness education for nurses: A systematic review. *International Emergency Nursing* , 55, 100984. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100984>
78. Işık, Ö. ve ark. (2012). Afet Yönetimi ve Afet Odaklı Sağlık Hizmetleri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28: 82-123.
79. İbiş, E. ve Kesgin, B. (2014). Problem Analysis. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 0(41), 225–234.
80. Jakeway, C. C., Larosa, G., Cary, A., Schoenfisch, S. (2008). The role of public health nurses in emergency preparedness and response: A position paper of the association of state and territorial directors of nursing. *Public Health Nursing*, 25(4):353-361.
81. Kaba, İ. (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: güncel bir gözden geçirme. *Akademi Bakış Dergisi*. 73, 63-76.

82. Kachadourian, L., Hays, R. D. (2015). The role of social support in the relationship between forgiveness and psychological well-being. *International Journal of Psychology*, 50(5), 336-340. <https://doi.org/10.1002/ijop.12109>
83. Kadioğlu, H., Yurt, S., Adana, F., Uslu, Ö. (2003). *İstanbul'daki akademisyen hemşirelerin olası İstanbul depremine yönelik bireysel ve profesyonel hazırlıkları*, 2.Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, (s. 463-467).
84. Kadioğlu, M. ve Özdamar, E. (2008). Afet zararlarını azaltmanın temel ilkeleri. *JICA Türkiye Ofisi, Yayın*, (2).
85. Kadioğlu, M. (2011). *Afet yönetimi beklenilmeyeni beklemek en kötüsünü yönetmek*. İstanbul: Marmara Belediyeler Birliği.
86. Kadioğlu M. ve Bek, Ö. (2009). *Sağlık Kuruluşları İçin Afet Acil Yardım Planlama Rehberi*. İstanbul, 2009, (s. 12-46).
87. Kalanlar, B. ve Kubilay, G. (2015). Afetlerde toplum sağlığının korunmasında önemli bir kavram: afet hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1): 57-65.
88. Kelly, J. (2010). Battlefi eld conditions: Different environment but the same duty of care. *Nursing Ethics*, 17(5): 636-645.
89. Koç, S., Özkul, A.S., Özdemir-Ürkmez D., Özkul-Özel, H., Çelik-Çevik, L. (2017). Bir sağlık kuruluşunda görev yapmakta olan hemşirelerin stres kaynaklarının ve düzeylerinin analizi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 33(2), 68-75.
90. Köksal, S., Çiçek, K. (2021). Hemşirelerin stresle başa çıkma becerileri: Eğitim sonrası değerlendirme. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 15(3), 45-58.
91. Labrague, L. J., Hammad, K., Gloe, D. S., Mcenroe-Petitte, D. M., Fronda, D. C., Obeidat, A. A.,Mirafuentes, E. C. (2018). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International nursing review*, 65(1):41-53.
92. Labrague, L. J., Yboa, B. C., Mcenroe-Petitte, D. M., Lobrino, L. R.,Brennan, M. G. B. (2016). Disaster preparedness in Philippine nurses. *Journal of nursing scholarship*, 48(1):98-105.
93. Loke, A. Y., Fung, O.W.M. (2014). Nurses' competencies in disaster nursing: implications for curriculum development and public health. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 11: 3289-3303.
94. López-Cabarcos, M. Á., Jova, L. (2021). The impact of coping strategies on stress management: A meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, 28(2), 114-128. <https://doi.org/10.1037/str0000175>
95. McVicar, A. (2003) Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*. 2003;44(6), 633- 642.
96. Mosca, W., Sweeney, M. P., Hazy, M. J., Brenner, P. (2005). Assessing bioterrorism and disaster preparedness training for school nurses. *Journal of Public Health Management Practice*, 11(6): 38-44.
97. O'Connor, H., Boehm, A., McGee, L. (2019). Social support and disaster resilience: A review of the literature. *International Journal of Emergency Management*, 15 (4), 345-359. <https://doi.org/10.1504/IJEM.2019.103616>
98. Olchin, L. ve Krutz, A. (2012). Nurses as first responders in a mass casualty. *Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 19(2)122-129.
99. Oğlak, H. (2019). *Gece nöbeti tutan sağlık personelinin iş stresinin değerlendirilmesi: Özel bir üniversite hastanesinde uygulama*. [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi].
100. Özaltın, G. ve Nehir, S.(2010). Ankara ilindeki hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş ortamındaki stres etkenleri ve kullandıkları başetme yöntemlerinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 10(3):60-8.

101. Özcan, F. (2013). hemşirelerin afete hazır olma durumu ve hazırlık algısı, [Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi].
102. Özcan, Ç. (2018). *İş stres düzeyi, beslenme durumu, diyet kalitesi ve bazı antropometrik ölçümler arasındaki ilişki*. [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi]
103. Özcan-Arslan, N. (2009). *Hemşirelerin İş Ortamındaki Stresörlerinin Belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi]
104. Özkan, E., Yıldız, B. (2017). The impact of anxiety on disaster management performance of nurses. *Journal of Nursing Research*, 25(3), 179-186. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000194>
105. Özmen, B. (2017). *Afet Yönetimi-1*. Anadolu Üniversite Yayınları, Eskişehir (s.3-26).
106. Öztürk, F.Ö. (2021). Covid-19 Pandemi Sürecinde Verilen Stresle Baş Etme Teknikleri Dersinin Hemşirelik Bölümü Birinci Sınıf Öğrencilerinde Psikolojik Sağlamlık ve Öz Etkililik-Yeterli Etkisi. *STED*;30(4):269-77.
107. Özyer, Y. ve Dinçer, S. (2020). Afetlerde hemşirelerin psikolojik ilk yardım rolleri. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*(7)198-206. <https://doi.org/10.21733/ibad.650795>
108. Özmen, B. ve Özden, A.T. (2013). Türkiye'nin afet yönetim sistemine ilişkin eleştirel bir değerlendirme. *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 49: 1-28.
109. Özmen, B., Gerdan, S., Ergünay, O. (2015). Okullar için afet ve acil durum yönetimi planları. *Elektronik Mesleki Gelişim ve Araştırmalar Dergisi*, 3(1): 37-52.
110. Penuel, W.R., Gallagher, B. (2021). The importance of technical skills in disaster preparedness: Evidence from recent case studies. *Disaster Management Studies*, 15 (3), 210-223. <https://doi.org/10.1007/s13852-021-00372-4>
111. Scheier, M. F., Carver, C. S. (2020). Optimism, coping, and health: The role of positive thinking. *Health Psychology Review*, 14 (1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1686415>
112. Seyedin, H., Dolatabadi, Z.A., Rajabifard, F. (2015). Emergency nurses' requirements for disaster preparedness. *Trauma Mon*, 20:4, e29033.
113. Smith, A. (1997). "Perceptions of stress at work." *Human Resource Management Journal*, 11(4), 74-87.
114. Smith, J. (2006). Disaster knowledge and preparedness affects all nurses: how can nurses prepare. *Virginia Nurses Today*, 14(10), 166-175.
115. Sorman, A., Kayalı, C., Tuncay, G. (2019). The effects of previous disaster experience on preparedness levels of nurses. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 41, 101309. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2019.101309>
116. Söyler, S. (2018). Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları iş stresi ile iş doyumu ilişkisinin incelenmesi: bir metaanaliz çalışması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 190-205.
117. Şahin, N. (2009). Afet Yönetimi ve Acil Yardım Planları, *TMMOB İzmir Kent Sempozyumu* (s.131-142).
118. Şahin, N. H. ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
119. Şar, V. (2017). Savaş ve terör yaşantılarında travma sonrası stres. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 33: 114-120.
120. Şengün, H. (2007). *Afet yönetimi sistemi ve marmara depremi sonrası yaşananlar*. [Doktora tezi, Ankara Üniversitesi].
121. Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.), Boston: Allyn and Bacon.
122. Tas, E. ve Taşlıdere, B. (2022). *Bir eğitim ve araştırma hastanesi acil servis personellerinin afete hazırlık algı düzeyi* [Yüksek lisans tezi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi].

123. Taşkıran, G. ve Baykal, Ü. (2017). Afetler ve Türkiye’de hemşirelerin afetlere hazır olma durumları: literatür inceleme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(4): 79-88.
124. Taşkıran, G. (2015) *Bir kamu üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin afetlere hazır oluşluluk durumları* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi].
125. Tuna, R., Baykal, Ü. (2013). Onkoloji Hemşirelerinde İş Stresi ve Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2), 92-100.
126. Turner, B.A. (1978). *Man-Made disasters*. Wykeham Science Press, London.
127. Tokmak, C., Kaplan, Ç., Türkmen, F. (2011). İş Koşullarının Sağlık Çalışanlarında Yol Açtığı Stres Üzerine Sivas’ta Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 49- 68.
128. Tzeng, W. C., Feng, H. P., Cheng, W. T., Lin, C. H., Chiang, L. C., Pai, L., Lee, C. L. (2016). Readiness of hospital nurses for disaster responses in Taiwan: a cross-sectional study. *Nurse education today*, 47:37-42.
129. Uslu, L., Güler, E. (2022). The role of self-efficacy in disaster preparedness among nurses. *International Journal of Nursing Studies* , 127, 103979. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103979>
130. Valizadeh, L., Farnam, A., Zamanzadeh, V., Bafandehzende, M. (2012). Sources of stress for nurses in neonatal intensive care units of East Azerbaijan province, Iran. *J Caring Sci*. 1(4)245-254.
131. Vatan, F., Salur, D. (2010). Yönetici hemşirelerin hastanelerdeki deprem afet planları konusundaki görüşlerinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 32-44.
132. Veenema, T.G. (2007). *Disaster nursing and emergency preparedness for chemical, biological, and radiological terrorism and other hazards*. New York, NY: Springer Publishing, 2. Baskı.
133. Warshawsky, N. E., Havens, D. S. (2014). Nurse Manager job satisfaction and intent to leave. *Nursing Economics*, 32, 32-39.
134. WHO, World Health Organization Emergency and disaster risk management for health. www.turkis.org.tr/source.cms.docs/turkis.org.tr.ce adresinden 10 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
135. Yavuz, Ö. (2014). *Afetler sonrası yapılan sosyal yardımlar ve hizmetler*. İstanbul: İdeal Kültür.
136. Yates, J.E. (1985). *Managing stress: A businessperson's guide*. Gerilim Altındaki Yönetici, s.9, s.53- 154. Çeviren: Dilber F, Ak S, İlgi Yayıncılık.
137. Yeşilkuş, A. (2011). Afet ve Acil Durum Yönetiminde Coğrafi Bilgi Sistemi ve Kent Güvenlik Yönetim Sisteminin Yapılandırılması. [Yayınlanmamış Kaymakamlık Tezi] İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi.
138. Yıldırım, Y. (2010). *Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokullarındaki Görevli Akademisyen Personelin Örgütsel Stres ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* [Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi].
139. Yıldırım, M. S., Yıldız, E. (2020). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumunun belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(2), 24-29.
140. Yin, H., Wang, W. Y., Huang, S., and Li, H. (2018). Psychological capital, emotional labor and exhaustion: Examining mediating and moderating models. *Current Psychology*, 37(1), 343-356.
141. Yousef, D. A. (2002). Job satisfaction as a mediator of the relationship between role stressors and organizational commitment: A study from an Arabic cultural perspective. *Journal of managerial psychology*, 17(4), 250-266.
142. Yeung, N. C., Auerbach, R. P. (2018). Social support and forgiveness: A longitudinal study of the resilience process. *Journal of Social and Personal Relationships* , 35(9), 1-20. <https://doi.org/10.1177/0265407518758588>

143. Yıldız, C., Yıldırım, A. (2020). The relationship between the experienced trauma and coping strategies of nurses in disaster situations. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(2), 232-239. <https://doi.org/10.1017/dmp.2019.101>
144. Yürekli, E. (2019). *Bitlis ili devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin afet hazırlığı ve hazırlık algısının incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Bitlis Eren Üniversitesi].
145. Yücel, D., Yel, G. (2016). Decision-making factors affecting nurses during disasters. **Turkish Journal of Medical*.
146. Zarea, K., Beiranvand, S., Sheini Jabeti, P., Nikbakht Nasrabadi, A. (2014) Disaster nursing in Iran: challenges and opportunities. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17(4), 190-196.
147. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (2020). *Afet istatistikleri*. www.afad.gov.tr/afet-istatistikleri adresinden 10 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
148. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (2024). *Deprem verileri*. Türkiye Deprem Veri Merkezi Sistemi. <https://tdvms.afad.gov.tr> adresinden 10 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
149. Dünya Sağlık Örgütü, http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency-preparedness_eng.pdf, adresinden 10 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
150. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı. (2023). *Kahramanmaraş depremi çalışmalarımız*. <https://ashgmafetacildb.saglik.gov.tr/TR-94986/kahramanmaraş-depremi-calismalarimiz.html>, adresinden 08 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
151. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2018) Türkiye’de afet yönetimi ve doğa kaynaklı afet istatistikleri. <https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/35429/xfiles/turkiye-de-afetler.pdf>
152. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı , <https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2402/files/afadsp2013-2017.pdf>
153. Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği. (2020) <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=34368&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden 08 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
154. Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu (IFRC). (2022). **Hata! Köprü başvurusu geçerli değil.** <https://www.ifrc.org/our-work/disasters-climate-and-crises/what-disaster> adresinden 09 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
155. Birleşmiş Milletler Afet Riskini Azaltma Ofisi (UNDRR). (2021). <https://www.undrr.org/terminology/disaster> adresinden 09 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
156. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği. (2024). <https://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri> adresinden 09 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
157. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. (2024). <https://sozluk.gov.tr> adresinden 09 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
158. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. (2025). <https://sozluk.gov.tr> adresinden 30 Temmuz 2025 tarihinde alınmıştır.

9.ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	MEHMET NUR GEYİK
Akademik unvan/pozisyon	YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ - HEMŞİRE
Görev yeri	SBÜ GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ HAP BİRİMİ
Telefon numarası	Gsm: 0506 170 66 99 İş Tel: 0412 258 00 66 / 2655
E-posta adresi	mehmetnurgeyik@gmail.com

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Yıl	Bölüm	Kurum	Derece
2007-2012	HEMŞİRELİK	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ	LİSANS
2017-2019	SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ	ANADOLU ÜNİVERSİTESİ/AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ	ÖNLİSANS
2022-	HEMŞİRELİKTE YÖNETİM	HARRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ	YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Tarih Aralığı	Kurum	Görev
2012-2013	ÖZEL BATMAN HASTANESİ	HEMŞİRE
2013-2015	DİYARBAKIR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	HEMŞİRE
2015-2015	BATMAN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ	HEMŞİRE
2015-	SBÜ DİYARBAKIR GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	HEMŞİRE

D.SERTİFİKALAR

Eğitim/sertifika adı ve eğitim yeri		Tarih
GATA KBRN KURSU SERTİFİKASI		2015
HAP EĞİTİCİ EĞİTİMİ SERTİFİKASI		2016
ACİL BAKIM HEMŞİRELİĞİ SERTİFİKASI		2017
ADLİ KBRN KURS SERTİFİKASI		2025
Klinik araştırma	Tarih Aralığı	Görev
Hastanelerde KBRN Yapılanması ve Dekontaminasyonun Önemi (EACEM 5. Avrasya Acil Tıp Kongresi ve 12. Türkiye Acil Tıp Kongresi Poster Bildiri-P213)	2016	ARAŞTIRMACI
Düşme Tanısıyla Gelen Vakanın Yabancı Cisim Aspirasyonu Çıkması (9. ACEM ve 13. TATKON Kongresi poster Bildiri P-131)	2017	ARAŞTIRMACI

10.EKLER

1. Cinsiyetiniz: 1. Kadın () 2. Erkek ()
2. Kaç yaşındasınız:
3. Medeni Durumunuz: 1. Evli () 2. Bekar ()
4. Öğrenim Durumunuz :
 - 1.Lise () 3. Lisans ()
 2. Önlisans () 4. Lisansüstü ()
5. Bu meslekte ne kadar süredir çalışıyorsunuz?
6. Çalıştığınız kurumdaki pozisyonunuz nedir?
 - 1.Acil Servis Hemşiresi () 5.Yoğun Bakım Hemşiresi ()
 - 2.Ameliyathane Hemşiresi () 6.Dahili/Cerrahi Servis Hemşiresi ()
 - 3.Eğitim Hemşiresi () 7.Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ()
 - 4.Sorumlu Hemşire () 8.Yönetici Hemşire / Yönetici Yardımcısı
 - Hemşire ()
 9. İdari birimler ()
7. Çalıştığınız servis/birim ismini belirtiniz:
.....
8. Meslek yaşantınızda hiç afet/olağandışı durum yaşadınız mı?
 1. Evet () 2. Hayır ()
9. Cevabınız evet ise hiç psikolojik destek aldınız mı?
 1. Evet () 2. Hayır ()
10. Meslek hayatınızda gerçek afetzedelere bakım vermek durumunda kaldınız mı?
 1. Evet () 2. Hayır ()
11. Afet veya olağandışı durum ihtimali sizde anksiyete yaratır mı?
 1. Evet () 2. Hayır ()
12. Meslek veya özel hayatınızda, afetler ile ilgili aşağıdaki eğitimlerden herhangi birine katıldınız mı?
 - 1.AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) ()
 - 2.AKUT (Arama Kurtarma Teşkilatı) ()
 3. KIZILAY ()
 - 4.UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri) ()
 - 5.INSARAG (Uluslararası Arama Kurtarma Danışma Grubu) ()
 6. Katılmadım ()
13. Hemşirelerin aşağıdaki durumların hangisinde rolü olduğunu düşünürsünüz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
 - 1.Afet Öncesi dönemde ()
 2. Afet Sırasında ()
 3. Afet Sonrası dönemde ()

EK 1. TANITICI BİLGİ FORMU

14. Çalıştığınız kurumun hastane afet planı hakkında bilgiye sahip misiniz?

1. Evet () 2. Hayır ()

15. Afetlere hazırlıklı olma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- 1. Hiç hazır değilim ()
- 2. Kısmen hazırım ()
- 3. Hazırlıklıyım ()
- 4. Kararsızım ()

16. Bir hemşire olarak afete karşı kendinizi daha hazır hissetmeniz için hangi eğitimleri almak isterdiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1. İlk Yardım Eğitimi ()
- 2. Alanda Triyaj Eğitimi ()
- 3. Temel ve İleri Yaşam Desteği Eğitimi ()
- 4. Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Eğitimi ()
- 5. Multiple Travmalarda Müdahale Eğitimi ()
- 6. Post – Travmatik Durumlarda Kişilere Psikolojik Yaklaşım Eğitimi ()
- 7. Diğer: Belirtiniz

17. Bir hemşire olarak aşağıdaki kavramlardan hangilerini afet olarak nitelendirirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1. Depremler ()
- 2. Yangın ()
- 3. KBRN olayları veya bu ajanlarla yapılan terörist eylemler ()
- 4. Seller, su taşkınları ()
- 5. Toprak kayması, kaya düşmesi ()
- 6. Çığ ()
- 7. Elektrik ya da nükleer santrallerde meydana gelebilecek kazalar ()

18. Afet/olağandışı durum esnasında sizin için aşağıdaki durumlardan hangisi önceliklidir?

- 1. Mümkün olan en kısa sürede alanı terketmek ()
- 2. Mümkün olduğu kadar çok hastayı tahliye etmek ()
- 3. Bulunduğum alanın sorumlusunun direktiflerini yerine getirmek ()
- 4. Afet yönetimi için hazırlanan hastane afet planı protokolüne uygun davranmak

EK 1. TANITICI BİLGİ FORMU

BECERİ ALANLARI	Bunun Öğretilmesi Gerekliyor	Bunu Yardımla Yapabilirim	Yapabilirim	Bunu Kolaylıkla Yapabilirim	Bunu Yapabilirim ve Başkalarına Öğretirim
1.-Afet durumlarında yapılması gerekenlere karar vermek ve öncelik sırasına koymak için etik ilkeleri ve ulusal düzeyde onaylanmış bilgiyi kullanabilirim.					
2.-Kitle yaralanması sırasında ve sonrasında, mağdurların hemşirelik bakım gereksinimlerini değerlendirmek için karar verebilirim.					
3.-Birey, aile, toplum ve özel grupların (çocuk, yaşlı, engelli ve gebe kadınlar vb.) afet öncesi, afet sırası ve afet sonrası dönemdeki gereksinimlerine uygun temel hemşirelik bakımını açıklayabilirim.					
4.-Kitle yaralanmalarında uygulanan ve kabul edilmiş triyaj ilkelerini açıklayabilirim (START gibi).					
5.-Afet durumlarında kendim, ekibim ve mağdurların sağlığını etkileyebilecek risk durumlarını afet müdahale ekibi ile birlikte değerlendirebilirim.					
6.-Aynı belirtileri gösteren kitlenin, maruz kaldığı durumun olası belirtilerini tanıyabilirim.					
7.-İnsan sağlığını tehdit eden başlıca kimyasal, biyolojik, radyolojik, nükleer ve patlayıcı maddelere maruz kalmanın, genel belirti ve bulgularını açıklayabilirim.					
8.-Kimyasal, biyolojik, radyolojik, nükleer ve patlayıcı maddeler hakkındaki bilgimi, güncel bilgiler doğrultusunda yenileyebilirim.					
9.-Bir kitle yaralanmasının değerlendirilmesi için gerekli olan temel unsurları (Olayın niteliği, büyüklüğü, sınırları, süresi vb.) açıklayabilirim.					
10.-Kitle yaralanması sırasında etkilenme olasılığı yüksek olan ve özel bakım gerektiren grupları (çocuk, yaşlı, immün sistemi baskılanmış vb.) belirleyebilirim.					
11.-Kimyasal, biyolojik, radyolojik, nükleer ve patlayıcı maddelere maruz kalma durumunu değerlendirmek için sağlık öyküsü alabilirim.					
BECERİ ALANLARI 12-20. maddeleri “yaşa uygun sağlık değerlendirmesi” olarak dikkate alınız	Bunun Öğretilmesi Gerekliyor	Bunu Yardımla Yapabilirim	Yapabilirim	Bunu Kolaylıkla Yapabilirim	Bunu Yapabilirim ve başkalarına Öğretirim
12.-Hava yolu açıklığını ve solunumu değerlendirebilirim.					
13.-Yaşam bulgularını ve şok belirtilerini izlemeyi de kapsayan					

kardiyovasküler değerlendirme yapabilirim.					
14.-Özellikle yara, yanık ve döküntü gibi deri ile ilgili durumları değerlendirebilirim.					
15.-Ağrı değerlendirmesi yapabilirim.					
16.-Baştan ayağa yaralanma durumunu değerlendirebilirim.					
17.-Dışkı örneği almayı da kapsayan genel gastro-entestinal sistem değerlendirmesi yapabilirim.					
18.-Temel nörolojik değerlendirme yapabilirim.					
19.-Temel kas iskelet sistemi değerlendirmesi yapabilirim.					
20.-Temel mental, ruhsal ve duygusal durum değerlendirmesi yapabilirim.					
21.-Kitle yaralanmasını takiben birey, aile ve toplumun hemen ve geç dönemde ortaya çıkan psikolojik tepkilerini/yanıtlarını değerlendirebilirim.					
22.-Afetlerde psikolojik destek sağlamak amacıyla mağdurları uygun kaynak kişilere (psikiyatrist, psikolog, danışman ve psikiyatri hemşiresi vb.) yönlendirebilirim.					
23.-Afetin profesyonel afet müdahale ekipleri (sağlık görevlileri, itfaiyeci, ambulans personeli, polis vb.) üzerindeki psikolojik etkilerini açıklayabilirim.					
24.-Güvenli ilaç yönetimini sağlayabilirim (özellikle vazoaktif ve analjezik ilaçlar, oral, deri altı, kas içi ve damar içi ilaç uygulamaları vb.).					
25.-Afetlerde toplum sağlığının korunmasına yönelik güvenli aşı uygulamalarını sağlayabilirim.					
26.-Uygulanan ilaçların yan etkilerine karşı, uygun hemşirelik girişimlerini bilir ve uygularım.					
27.-Temel ilk yardım uygulamalarını yapabilirim.					
BECERİ ALANLARI	Bunun Öğretilmesi Gerekli	Bunu Yardımla Yapabilirim	Yapabilirim	Bunu Kolaylıkla Yapabilirim	Bunu Yapabilirim ve başkalarına Öğretirim
28.-Oksijen verme ve solunum tekniklerini uygulayabilirim.					
29.-Üriner kateter uygulayabilirim					
30.-Nazogastrik tüp takabilirim.					
31.-Lavaj uygulaması yapabilirim (Örn; göz ve yara lavajı gibi).					
32.-Temel yara bakımını yapabilirim.					
33.-Kimyasal, biyolojik, radyolojik, nükleer ve patlayıcı maddelere maruz kalma durumunda, mağdurların, kendim ve afet müdahale ekibinin					

gereksinimlerini değerlendirerek uygun izolasyon ve dekontaminasyon işlemlerini başlatabilirim.					
34.-Kişisel koruyucu malzeme kullanımı ve güvenlik konularını bilir ve uygulayabilirim.					
35.-Gereksinime göre, kişisel koruyucu malzemeleri seçebilir ve kullanabilirim.					
36.-Maruz kalınan etkenlerin ve/veya yaralanmaların yapısını dikkate alarak, tıbbi tedavi doğrultusunda sıvı/beslenme tedavisi uygulayabilir ve aldığı çıkardığı sıvı takibi yapabilirim.					
37.-Yaralanmış bireyin nakil durumunu değerlendirerek, nakil sürecinde hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde hazırlık, bakım ve izlemi yapabilirim.					
38.-Çalıştığım kurumun afet yönetim sistemini bilir ve acil durum planları içindeki mesleki rolümü açıklayabilirim.					
39.-İş yerimdeki acil durum planlarını, bu planların toplum, bölge ve il düzeyindeki işlevini açıklayabilirim.					
40.-Kitle yaralanmalarına müdahale sırasında, güvenlik ve gizlilik konularının önemini bilir ve uygulayabilirim					
41.-Kitle yaralanması sırasında ve sonrasında yapılan hemşirelik değerlendirmelerinin, girişimlerinin ve bakım sonuçlarının uygun şekilde kayıt edilmesini sağlayabilirim.					
42.-Kitle yaralanmaları hakkında bilgi için hastalardan, medyadan ve diğer kaynaklardan gelen başvuruları uygun kaynaklara yönlendirebilirim.					
43.-Kitle yaralanması sırasında felaketten etkilenen birey ve gruplara uygulanacak risk iletişiminin temel ilkelerini açıklayabilirim.					
44.-Mağdurların, ailelerin ve afet müdahale görevlilerinin, afet sırasında gösterebilecekleri korku, panik ve stres reaksiyonlarını tanıyabilirim.					
45.-Afetlerin olumsuz etkilerine karşı, kendime ve başkalarına destek sağlamak amacıyla, uygun baş etme stratejilerini açıklayabilirim.					

EK 2. HEMŞİRELERİN AFETLERE HAZIR OLUŞLUKLARINDA TEMEL YETERLİLİKLER ANKETİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

Sizi ne kadar tanımlıyor

Bir sıkıntı olduğunda...	% 0	% 30	% 70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10-Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	()	()	()	()
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28-“Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()

EK 3. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

HEMŞİRELERİN AFETLERE HAZIR OLUŞ DURUMLARI İLE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

TurnitinMEHMET NUR GEYİK TEZ.docx

ORJİNALLIK RAPORU

% 22	% 18	% 14	% 10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr	%3
2	acikerisim.nku.edu.tr:8080	%1
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)	%1
4	www.researchgate.net	%1
5	nek.istanbul.edu.tr:4444	%1
6	Submitted to Giresun Üniversitesi	%1
7	diyarbakiryenigun.com	%1
8	dergipark.org.tr	%1
9	Kurt, Gulcin Dunder. "Ciraklik egitimi goren adolesanların saglik algisi Ve Stresle basa cikma tarzları", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2020	%1
10	Karakis, Sevim. "Kamu Hastanelerinde çalışan hemşirelerin Afetlere hazır olusluk durumları Ve Psikolojik sağlamlıkları", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2020	%1

EK 10. İNTİHAL RAPORU

